

POLYLOGE

Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“ (peer reviewed)

2001 gegründet und herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr. mult. **Hilarion G. Petzold**, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen, Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris, emer. Freie Universität Amsterdam

In Verbindung mit:

Dr. med. **Dietrich Eck**, Dipl. Psych., Hamburg, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Univ.-Prof. Dr. phil. **Liliana Igrić**, Universität Zagreb

Univ.-Prof. Dr. phil. **Nitza Katz-Bernstein**, Universität Dortmund

Prof. Dr. med. **Anton Leitner**, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Universität Krems

Dipl.-Päd. **Bruno Metzmacher**, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Lic. phil. **Lotti Müller**, MSc., Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Stiftung Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Rorschach

Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, MSc., Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Dr. phil. **Sylvie Petitjean**, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Stiftung Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Rorschach

Prof. Dr. päd. **Waldemar Schuch**, M.A., Department für Psychosoziale Medizin, Donau-Universität Krems, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Prof. Dr. phil. **Johanna Sieper**, Institut St. Denis, Paris, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Düsseldorf/Hückeswagen.

Ausgabe 17/2010

Von der Abhängigkeit in die Souveränität

Über Professionalisierung in der Psychotherapie durch reflektierte und dokumentierte Praxis / Prozessdokumentation*

Petzold, Hilarion G.,** Orth-Petzold, Susanne***, Hückeswagen (Teil I)
Patel, Andrea, Karlsruhe**** (Teil II)

* Aus der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Düsseldorf, Hückeswagen <mailto:forschung.eag@t-online.de>, oder: EAG.FPI@t-online.de, Information: <http://www.Integrative-Therapie.de>).

** Univ.-Prof. Dr. mult. *Hilarion G. Petzold*, Wissenschaftlicher Leiter der EAG, Vorsitzender des Prüfungsausschusses der EAG

*** Dr. med. *Susanne Orth-Petzold*, Dipl.-Sup., Mitglied des Prüfungsausschusses

**** *Andrea Patel*, Dipl.-Psych., Integrative Therapie, Sozialtherapie Sucht, Tanztherapie, Karlsruhe, Vorderstr. 66, 76139; andreapatel@web.de

Teil I:
**Prozessdokumentationen in der professionellen Sozialisation der
Integrativen Therapie – ein Weg, praxeologisch klinisches Wissen
zu generieren**

Hilarion G. Petzold, Susanne Orth-Petzold

Teil II:
**Eine integrativtherapeutische Karrierebegleitung eines
Patienten mit emotional instabiler Persönlichkeit vom
Borderline-Typus, Protrahierter PTBS und
Suchtproblematik (multipler Substanzgebrauch)**

Andrea Patel

Inhalt - Teil I:

**Prozessdokumentationen in der professionellen Sozialisation der
Integrativen Therapie – ein Weg, praxeologisch klinisches Wissen
zu generieren**

1. Vorbemerkungen zum Kontext „Psychotherapieausbildung“
2. Die Ingredienzien eines Verfahrens und seiner Qualitätssicherung und
Qualitätsentwicklung
3. Theorienbildung und Praxeologie
- 3.1 Fundierte Professionalität durch einen souveränen „sens pratique“
(Praxissinn)
- 3.2 Professionalisierung als „Verkörperung“ durch „Mentalisierung“
4. Das Behandlungsjournal

Inhalt - Teil II

1. Einleitung
2. Institution
- 2.1. AGJ
- 2.2. Rehaklinik Freiolsheim

- 2.2.1. **Stammeinrichtung der Rehaklinik Freiolsheim**
- 2.2.2. **Adaptionseinrichtung Lahr und Integrationszentrum**
- 2.2.3. **Betreutes Wohnen**
- 2.2.4. **Tagesklinik in Karlsruhe-Durlach**

- 3. **Prozessdarstellung und zeitlicher Überblick über den Beginn der Karrierebegleitung**
 - 3.1. **Frühere Behandlungsversuche**
 - 3.1.1. **Haus Renchtal**
 - 3.1.2. **Münchwies**
 - 3.1.3. **Eiterbach**
 - 3.2. **Beginn im Therapieverbund der Rehaklinik Freiolsheim**
 - 3.2.1. **Aufnahme in der stationären Therapiephase**
 - 3.2.2. **Aufnahme in der Tagesklinischen Phase**
 - 3.2.3. **Beginn der 1. ambulanten Behandlungssequenz**
 - 3.2.4. **Beginn der 2. ambulanten Behandlungssequenz (Paarbehandlung)**
 - 3.2.5. **Beginn der 3. ambulanten Behandlungssequenz**

- 4. **Expliziter und impliziter Auftrag**
- 5. **Initiale Diagnostik (Statusanamnese)**
 - 5.1. **Biographische Anamnese**
 - 5.2. **Suchtanamnese**
 - 5.3. **Arbeits- und Berufsanamnese**
 - 5.4. **Psychosoziale Beschwerden und funktionelle Einschränkungen**
 - 5.5. **Medizinische Anamnese**
 - 5.6. **Diagnosen nach ICD-10**

- 6. **Prozessuale Diagnostik**
 - 6.1. **Bedürfnis- und Motivationsanalyse**
 - 6.2. **Problem- und Konfliktanalyse**
 - 6.2.1. **Traumata**
 - 6.2.2. **Defizite**
 - 6.2.3. **Störungen**
 - 6.2.4. **Konflikte**
 - 6.3. **Leibfunktionsanalyse**
 - 6.4. **Kontinuumsanalyse**
 - 6.5. **Ressourcenanalyse**
 - 6.6. **Interaktionsanalyse**
 - 6.7. **Netzwerk- bzw. Lebensweltanalyse**

- 7. **Behandlungsverlauf und Formulierung von sequentiell realistischen Therapiezielen**
 - 7.1. **Frühere Behandlungsversuche**
 - 7.1.1. **Verlauf**
 - 7.1.2. **Ziele**
 - 7.2. **Stationäre Phase der Rehaklinik Freiolsheim**
 - 7.2.1. **Verlauf**
 - 7.2.2. **Ziele der stationären Phase**
 - 7.3. **Tagesklinische Phase**
 - 7.3.1. **Verlauf**
 - 7.3.2. **Ziele der tagesklinischen Phase**

- 7.4. Erste Sequenz der Ambulanten Behandlung**
 - 7.4.1. Verlauf**
 - 7.4.2. Ziele**
- 7.5. Zweite Sequenz (Paarbehandlung)**
 - 7.5.1. Verlauf**
 - 7.5.2. Ziele**
- 7.6. Dritte Sequenz**
 - 7.6.1. Verlauf**
 - 7.6.2. Ziele**
- 8. Dokumentation der Einzelsettings**
 - 8.1. Die 5 Säulen der Identität**
 - 8.2. Schutz- und Sicherheitsstrategien**
 - 8.3. Beziehung und Grenzen**
 - 8.4. Beziehung und Inszenierung**
 - 8.5. Bedürfnisse und Lust**
 - 8.6. Ursprung und Krise**
 - 8.7. Solidarität und Abwehr**
 - 8.8. Zurück auf Los?**
- 9. Die Vier Wege der Heilung und Förderung**
- 10. Die Wirk- bzw. Heilfaktoren der Integrativen Therapie**
- 11. Resümee und abschließende Stellungnahme**
- 12. Literatur**
- 13. Zusammenfassung - Summary**

Anhang I: IT–Checkliste für Integrative-TherapeutInnen

Anhang II: Das Zielstrukturraster der Integrativen Therapie ZSIT

Teil I: Prozessdokumentationen in der professionellen Sozialisation der Integrativen Therapie – ein Weg, praxeologisch klinisches Wissen zu generieren

Hilarion G. Petzold, Susanne Orth-Petzold

„Der Wegcharakter des menschlichen Lebens führt zu einer Erfahrungsstruktur des Bewusstseins, in der Geschehnisse, Ereignisse, Widerfahrnisse auf dem Lebensweg zu Erzählungen, Geschichten, Narrativen verbunden werden. Sie bieten die Chance, Sinn zu generieren, mentale Landkarten zu erstellen, die Menschen in den Unüberschaubarkeiten moderner Lebenswelt Hilfen bieten, sicher navigieren zu können. Wo die *Biosodie*, der Lebensweg, belastend war und sich als negative *Biographie* dem Leib eingeschrieben hat, wird es Aufgabe von Therapie, neue, bessere Lebenserfahrungen zu ermöglichen, so dass die Biographie eine positive Wendung nehmen kann“ (Petzold 1971)

1. Vorbemerkungen zum Kontext „Psychotherapieausbildung“

Jede Therapie und jede Selbsterfahrung und natürlich jede Therapieausbildung ist als ein Entwicklungsprozess auf dem Lebensweg eines Menschen mit seinem „Konvoi“¹ zu sehen. Es handelt sich um Prozesse der Erwachsenensozialisation, die in einem Ausbildungsgeschehen als Prozesse der „**Professionalisierung**“² verstanden werden müssen, in der Psychotherapieausbildung allerdings als eine „Professionalisierung der besonderen Art“ (Buchholz 1999), denn sie zentriert sich einerseits auf ein vertieftes Selbstverstehen und auf Selbstentwicklung in Richtung einer „**Lebenskunst**“ (Petzold 1999q) und andererseits auf das Verstehen von Menschen und ihre Begleitung bei persönlichen Veränderungsprozessen, Prozessen die eigentlich in die zwischenmenschliche Alltagssphäre gehören. Sie werden hier zum Beruf. Leider sind diese besonderen Professionalisierungsprozesse im Felde der Psychotherapie noch sehr unzureichend analysiert, theoretisch und didaktisch ausgearbeitet und beforscht. – In der Integrativen Therapie ist das anders, denn hier wurde vor dem Hintergrund unserer erwachsenenbildnerischen Praxis und Erfahrungen³ seit den Anfängen des Verfahrens in therapieausbildungsspezifische curriculare Entwicklungen und didaktische Theorienbildung investiert⁴.

„In einem der wohl komplexesten Konzeptionen von Beratung und Psychotherapie – in der Integrativen Therapie von H.G. Petzold und MitarbeiterInnen – hat sich die Frage nach der Gestaltung von Ausbildungen ... schon ziemlich bald, ja fast parallel mit der Entwicklung des Ansatzes gestellt“ (Reichelt 2007).

Es wurde systematisch Evaluations-, Ausbildungs-⁵ und Therapieforschung betrieben, um Professionalisierungsprozesse optimal zu steuern⁶ mit einem

¹ Unter „Konvoi“ wird das „soziale Netzwerk in der Zeit“ gesehen, zu denen Verwandte und Freunde, KollegInnen, NachbarInnen, aber auch professionelle HelferInnen – Berater, Therapeuten – und auch PatientInnen (bei Helfern nämlich) gehören.

² (Mieg 2005; Nilsson 2007; Merle, Merle, Bosanac 2006)

³ (Petzold 1971i, 1973c; Petzold, Sieper 1970)

⁴ (Petzold, Sieper 1972a, b; 1976; Sieper, Petzold 1993c; Sieper 2007; vgl. Holzapfel 2007)

⁵ (Petzold, Steffan 1999a, b, 2000b; Petzold, Hass et al. 1999; Petzold, Rainalds et al. 2006)

⁶ (Petzold, Hass et al. 1995; Petzold, Leitner et al. 2008)

eigenständigen Forschungsansatz, der die **Leibdimension**⁷ und die **systemische Dimension** des Kontextes und der sozialen Netzwerke⁸ durch Einbeziehung von Angehörigen⁹ fokussierte. Auch wurden eventuelle Risiken und Nebenwirkungen mit untersucht und so in der Frage der Risiken und potentieller Therapieschäden Pionierarbeit geleistet¹⁰. Weil die **Würde** von PatientInnen in Therapie, Betreuung und Pflege immer wieder auch verletzt werden kann und verletzt wurde¹¹, haben wir in die Psychotherapie das schulenübergreifende therapeuethische Konzept des „**patient dignity**, der **PatientInnenwürde**“ (Petzold 1985d, 2000d) eingeführt, denn auch das gilt es in professioneller Sozialisation zu vermitteln: aus therapie- und supervisionsethischen Gründen¹² muss uns die „**Integrität**“ unserer PatientInnen (Sieper, Orth, Petzold 2010) PatientInnen – am Herzen liegen. Das ist eine Frage des Gewissens¹³, und deshalb ist Ausbildung immer auch eine Ausbildung ethischer Standards, zu denen eine exzellente Fachlichkeit und Herzensbildung¹⁴ gleichermaßen zählen.

So wurde eine einzigartige, forschungsgestützte psychotherapeutische Ausbildungsdidaktik entwickelt¹⁵, in der **Theorie- und Methodenvermittlung** mit **persönlicher** und **professioneller Selbsterfahrung** verbunden wurde: Lernen mit sich und an selbst, Lernen mit und an Anderen (AusbildungskollegInnen PatientInnen bzw. KlientInnen) – unter Supervision versteht sich. Und auch das wurde wiederum in „sophisticated designs“ beforscht¹⁶, wobei die Güte der Ausbildung durch die Untersuchung von Therapien der Ausgebildeten mit PatientInnen überprüft wurde: jeweils mit guten und sehr guten Ergebnissen¹⁷. Das ist eine „Goldstandard“, denn nur dann kann man sehen, dass das gelehrt **Verfahren** wirklich wirksam wird. In ihm wird die „**Methode durch die Methode gelehrt und gelernt**“ und seine „**Methoden, Techniken und Medien**“ werden in der Selbsterfahrung aufgenommen und verinnerlicht, bis ihre **souveräne Anwendung**, theoretisch fundiert und forschungsgestützt, möglich wird¹⁸. Eine curriculare Psychotherapieausbildung ist – in allen Teilen – ein Sozialisationsgeschehen, in dem kognitives, emotionales und volitionales Lernen (Petzold, Sieper 2008a) verbunden werden, und sie ist zugleich eine Entwicklung der eigenen Persönlichkeit: im Bereich *personaler Kompetenz* und *Performanz*, weiterhin in ihren *sozialen Fähigkeiten* und *Fertigkeiten* und schließlich in ihrer professionellen **Kompetenz** (Wissen) und **Performanz** (Können), wie das im Integrativen Ansatz für die Didaktik der Psychotherapieausbildung herausgearbeitet wurde¹⁹.

Der vorliegende Text ist für alle bestimmt, die an professionellen Lernprozessen Interesse haben, in Sonderheit also für AusbildungskandidatInnen und LehrtherapeutInnen im **Verfahren** der Integrativen Therapie und seiner **Methoden**,

⁷ (van der Mei, Petzold, Boscher 1997; Waibel, Petzold 2009)

⁸ (Hass, Petzold 1999; Brühlmann-Jecklin, Petzold 2004)

⁹ (Märtens, Petzold 1995; Petzold 2006r; Petzold, Hass et al. 2000; Steffan, Petzold 2001; Steffan 2000)

¹⁰ (Petzold 1977l; Märtens, Petzold 2002).

¹¹ Vgl. die Dokumentationen von Petzold (1985); Petzold, Müller et al. 2005).

¹² (Moser, Petzold 2003; Lachner 2007)

¹³ (Petzold 2010k; Petzold, Orth, Sieper 2010)

¹⁴ (Bilgri 2009; Frevert, Trost 2009; Petzold 2010k)

¹⁵ (Holzapfel 2007; Reichelt 2007; Sieper, Petzold 1993).

¹⁶ (Schigl, Petzold 1997; Oeltze, Ebert, Petzold 2001)

¹⁷ (Petzold, Hass et al. 2000; Steffan, Petzold 2001; Steffan 2000; Leitner 2010).

¹⁸ (Petzold, Orth, Sieper 2006; Petzold 1993h)

¹⁹ (Petzold, Steffan 1999a, b; Petzold, Leitner et al. 2008; Reichelt 2007):

um Ausbildung als „professionelle Sozialisation“ besser verständlich zu machen. Für AusbildungskandidatInnen ist es wichtig, ihre Ausbildung zu verstehen, um sich selbst in der Ausbildung zu verstehen. Wir zentrieren dazu in diesem Text auf ein Ausbildungselement in der Schlussphase, der so genannten Behandlungsstufe, nämlich auf die dokumentierte Behandlung eines Patienten/einer Patientin, um daran Grundprinzipien der Ausbildung verständlicher zu machen. *Reichelt* (2007) hat in seiner verdienstvollen Arbeit (6.6) die „Funktion und Bedeutung von Abschlussarbeiten“ hervorgehoben, die mehr bedeuten als „die Funktion der Erfüllung formaler Erfordernisse“ zu haben, sondern eine Aneignung von Theorie und zugleich als Beitrag zur Entwicklung von Theorie zu sehen sind. „Sie haben innere und äußere Relevanz und sind ein didaktisch hoch wirksames Instrument, für den/die Einzelne/n, für die Ausbildungsgruppe und für die gesamte integrative community“ (ibid.)

Mit der Erstellung von „Fallberichten“ – wir sprechen von „Behandlungsjournalen“ oder „Prozessdokumentationen“ – steht es nicht anders. International ist es Standard, dass in Therapieausbildungen schriftlich dokumentierte und supervisorisch begleitete „Fall“-Darstellungen verlangt werden²⁰. Das bestätigt auch das, was die internationale Studie über die Ausbildung von Psychotherapeuten von *Orlinsky* und *Rønnestad*, (2005) „*How Psychotherapists Develop: A Study of Therapeutic Work and Professional Growth*“ (American Psychological Association) herausfand, dass das „learning from many masters“ (*Orlinsky* 1999) und zwar in der direkten Arbeit mit PatientInnen quer durch alle Richtungen (mehr als 5000 TherapeutInnen wurden erfasst) höchst wichtig ist und die supervisorische Begleitung gerade zu Beginn eigener therapeutischer Tätigkeit zentrale Bedeutung für die Kompetenzentwicklung hat. Die Daten zeigen „dramatisch die relative Vulnerabilität junger Therapeuten und die Notwendigkeit von effektiver Supervision, Anleitung und Unterstützung“ (*Rønnestad, Orlinsky* 2005, 21). Das supervisorisch begleitete Behandlungsjournal hat diese Unterstützungsfunktion. Es soll auch gewährleisten, dass durch fachkompetente Begleitung stets der neueste Erkenntnisse klinischen, psychotherapeutischen Wissens vermittelt und die neusten theoretischen Entwicklungen vorgestellt²¹ werden.

Ausbildungskandidatinnen generieren durch die Journale auch „klinische Erfahrung und klinisches Wissen“. Sie tragen damit zum **praxeologischen Fundus** des Verfahrens bei, genauso, wie sie durch ihre Graduierungs- oder Masterthesen zum **theoretischen Fundus** beitragen. Sie lernen in diesen Prozessen ihr Verfahren in Theorie und Praxis vertieft kennen, einschließlich der „offenen Fragen“ im „Tree of Science“ (*Petzold* 2007h), um die man wissen muss, um das Verfahren weiterzuentwickeln.

Diese beständige Weiterarbeit ermöglicht, die Kernkonzepte des Verfahrens (*Petzold* 2002b/2006) immer wieder zu aktualisieren, wieder in das Handeln der Praktiker zu transportieren und mit dem dort erzeugten Feedback erforderliche Revisionen vorzunehmen. Auch dafür soll die Ausbildung ausrüsten, und hier sind die LehrtherapeutInnen gefordert. Es genügt nämlich nicht, nur gute Selbsterfahrung anzubieten – so wichtig sie ist –, oder nur darauf zu trauen, dass die „gute

²⁰ In den deutschen Richtlinien z. B. 600 Stunden durchgeführter Behandlungen mit jeder 4. Stunde durch Supervision begleitet (100 Gruppe, 50 Einzel), 6 schriftliche Falldarstellungen davon 2 umfangreich ausgearbeitet, so die DGVT-Richtlinien. Ähnlich wird es in den Niederlanden gehandhabt.

²¹ (*Petzold* 2005r, 2009c, beides grundlegend; *Leitner* 2010; *Petzold, Orth, Orth-Petzold* 2009).

therapeutische Beziehung“ (und auch diese ist wichtig) gute Therapieresultate bringt. Es sei erinnert: Das tut sie bei LientherapeutInnen und in Selbsthilfegruppen auch, deren Effektivität der Wirksamkeit professioneller TherapeutInnen nicht nachsteht, wie die Forschung zeigt. Professionalisierte Psychotherapie muss also mehr bringen. Bislang tut sie das **nicht** in ausreichendem Masse.

Die internationale Forschungslage zeigt: „Der Anteil der unwirksamen Therapien liegt bei den komplexen Störungen bei weit über 50 Prozent“ (Grawe 2005a, 78) – und er nimmt hier kein Verfahren aus (auch die VT nicht, 2005b, 6)! Er, Psychotherapieforscher aus Passion, verdeutlicht in seinem letzten Interview seine Positionen gegenüber der gesamten Psychotherapieszene verschärfend und glasklar: „Die Psychotherapieforschung vermittelt uns geschönte Bilder“, Psychotherapie wirke bislang oft nur mäßig, deshalb sei es „eine dringende Notwendigkeit, das Psychotherapie besser wird“ (2005a, 78) – *um der PatientInnen willen*. Wie das gehen solle? „Durch empirische Validierung“ (2005b), neurowissenschaftlich fundierte, neue Verfahren (Grawe 2004, 2005a). Wir stimmen Grawe in seiner Einschätzung zu. Petzold hatte von 1980 -1989 als Gastprofessor an Grawes Abteilung für klinische Psychologie an der Universität gelehrt und war Supervisor der dortigen klinischen Praxisstelle. So ergaben sich viele Übereinstimmungen der Sicht. Auch wir sehen die empirische Fundierung von Psychotherapie als unabdingbar an (Steffan, Petzold 2001; Leitner 2010), denn sonst besteht die Gefahr von „Risiken und Nebenwirkungen“ (Märtens, Petzold 2002), können PsychotherapeutInnen „unprofessionelle Psychospieler“ (Grawe 1992) werden. Wir betonen eine Fundierung durch die empirische Psychologie und die psychologische Forschung (Grawe 1998; Petzold 1992a/2003a) und sehen die Neurowissenschaften als eine unverzichtbare Basis (Grawe 2004; Petzold 2002j). Die „neurowissenschaftliche Wende“ in der Psychotherapie wurde in der IT schon früh vollzogen (Lamacz-Koetz 2009) mit dem entwicklungspsychobiologischen Basisartikel von Petzold, van Beek, van der Hoek (1994) und den neurovolitionalen Arbeiten von Petzold und Sieper (2004, 2008), in den Modellen zur integrativen Traumatherapie (Petzold, Wolf 2000, 2002) und Arbeit mit Aggressionsproblemen (Bloem, Moget, Petzold 2004). Durch die Arbeiten von Grawe (2004), Kandel (2006) und Schiepeck (2003) hat das neurowissenschaftliche Paradigma in der Psychotherapie heute einen anerkannten Status.

„Wenn man sich einmal an den Gedanken gewöhnt hat, dass man als Psychotherapeut das Gehirn verändert, wenn man wirksam therapiert, ist es nicht mehr weit zu der Frage, ob man das Gehirn nicht noch wirksamer verändern könnte, wenn man psychologische Verfahren mit neurowissenschaftlichen kombinierte. Dann könnte man in einem noch konkreteren Sinne von Neuropsychotherapie sprechen. Ich halte es für sicher, dass sich eine Neuropsychotherapie in diesem Sinne entwickeln wird“ (Grawe 2004, 447).

In diesem Text liegen die Gemeinsamkeiten und Divergenzen. Wir differenzieren **Gehirn** und **Subjekt**. Eines kann nicht ohne das andere gedacht werden, beides ist indes nicht gleichzusetzen. Wir haben mit dem „Konzept des informierten Leibes“ offenbar eine andere Lösung des psychophysischen Problems (Körper-Seele-Geist-Welt-Verhältnisse, vgl. Petzold 2009c). Das Gehirn arbeitet „nutzungsabhängig“ und das ist für eine psychotherapeutische Theorie des Lernens und der Veränderung zu berücksichtigen, wenn man in der Praxis Verhaltensveränderungen als Veränderungen persönlichen Denkens, Fühlens, Wollens und Handelns erreichen will (Sieper, Petzold 2002; Petzold, Sieper 2008) – das gilt auch für die Selbstveränderungen durch Selbsterfahrung in der Ausbildung (Petzold, Orth, Sieper 2006). Hat man diese Prinzipien nicht verstanden, versteht man

psychotherapeutische Veränderungsprozesse nicht. Dabei sind allerdings soziale und kulturelle Einflussgrößen, sind Sprache und Denksysteme, Mentalisierungen von größter Bedeutung – *Grawe* beachtet sie kaum. Wir orientieren uns hier an *Vygotskij* und *Lurija*, der russischen neuropsychologischen und kulturtheoretischen Schule (*Petzold, Michailowa* 2008; *Petzold, Sieper* 2007f). Natürlich gibt es auch noch andere spezifische Differenzen zum Ansatz *Grawes* (siehe dazu *Petzold, Orth, Sieper* 2006), genauso wie es Schnittstellen und Differenzen zur anderen Verfahren gibt – zur Psychoanalyse etwa (vgl. *Petzold, Orth-Petzold* 2009; *Leitner, Petzold* 2009) oder auch zur Gestalttherapie und den „humanistischen“ Therapiemethoden (*Petzold, Orth, Sieper* 2008, 278f; dieselben 2010). Das liegt im Wesen eines „integrativen“ Verfahrens (*Petzold* 1982).

Die Integrative Therapie hat, wie unsere Studien zeigen (*Petzold, Hass et al.* 2000; *Steffan* 2002; *Leitner* 2010), gute Effekte, aber ist sie gut genug – für alle Störungsbilder und alle Zielgruppen? Sie ist sicher noch entwicklungsfähig, und Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung ist Aufgabe aller psychosozialer Verfahren (*Petzold* 2007a). Sie müssen deutlich in ihrer professionellen Qualität über den Effekten „unspezifischer Wirkfaktoren“ der Laienhilfe liegen. Daran müssen **alle** psychotherapeutischen Verfahren arbeiten.

In diesem Kontext muss auch das gravierende **Exklusionsproblem** der mittelschichtorientierten Psychotherapie angesprochen werden. Nur etwa 5% des Klientel der Praxen niedergelassener Psychotherapeutinnen (aller „Schulen“) sind PatientInnen aus „benachteiligten Schichten“ (Unterschicht, Migration, Prekariat). Diese Gruppen sind also von den traditionellen Therapieschulen **exkludiert**, sind nicht oder nur schlecht versorgt, ja man hat in der Regel keine spezifischen Psychotherapiemethoden für diese Menschen, evidenzbasierte ohnehin nicht. Da ist es mit einem Achselzucken nicht getan. *Freud* hatte dieses „schwächliche Menschenmaterial“ (1912, StA, 179), das "häufig genug mit den Erscheinungen der Degeneration vergesellschaftet" sei (*Freud* 1905, StA 1982, 119), mit diesem, seinem Vorurteil als „triebbestimmten Massen“ aus der Psychoanalyse faktisch **exkludiert** und für diese Gruppen keine spezifische Behandlungstechnik entwickelt. „Wir werden auch sehr wahrscheinlich genötigt sein, in der Massen Anwendung unserer Therapie das reine Gold der Analyse mit dem Kupfer der direkten Suggestion zu legieren, und auch die hypnotische Beeinflussung könnte dort, wie bei der Behandlung der Kriegsneurotiker wieder eine Stelle finden“²². Bis heute hat sich diese Situation kaum gebessert, liest man den Psychoanalytiker *Hilgers* (2007), der hier nur ein Arbeitsfeld für Streetworker und Sozialarbeiter sieht.

In der Integrativen Therapie indes haben wir diese Populationen stets im Blick gehabt (*Thomas* 1986), nicht zuletzt durch unsere Arbeit in der Therapie von Suchtkranken²³, die oft benachteiligten Schichten angehören, aber auch durch Projekte mit Langzeitarbeitslosen²⁴. Dieses Beispiel macht deutlich: es gibt in der Psychotherapie genug zu entwickeln und zu verbessern, sei es die Arbeit mit Jugendlichen (*Petzold, Feuchtner, König* 2009), sei es in der Arbeit mit Hochbetagten (*Petzold, Müller, Horn* 2010). Die Ausbildung soll zu solchen Innovationen ermutigen, die KandidatInnen einbeziehen. Dass ihr das gelingt, zeigt die Vielzahl guter Abschlussarbeiten und Publikationen aus diesem Kreis integrativer PsychotherapeutInnen.

²² *Freud*, Wege der psychoanalytischen Therapie, 1919, StA, Erg. Bd. 1982, S. 249, unsere Hervorhebungen.

²³ (*Petzold* 1974b; *Petzold, Schay, Scheiblich* 2006)

²⁴ (*Petzold, Heini, Walch* 1983; *Hartz, Petzold* 2010)

Der vorliegende Text will zu solcher „aktiven Aneignung“ und „Mitentwicklung“ ermutigen.

In einem anderen Text haben wir das Ausbildungscurriculum mit seinen Lernmomenten vorgestellt und erläutert (*Petzold, Leitner, Orth, Sieper* 2008), um das curriculare Modell des Lernens transparent zu machen. Diese beiden Beiträge sollten deshalb zu Beginn der Ausbildung gelesen werden. Auch unsere „Theorie der Selbsterfahrung“ bzw. „professioneller Selbsterfahrung“ (*Petzold, Orth, Sieper* 2006) ist von großem Nutzen, denn auch PatientInnen lernen durch Selbsterfahrung. Schließlich ist unsere empirische Ausbildungsforschung interessant. Die Integrative Therapieausbildung zählt international zu den besonders sorgfältig evaluierten Verfahren – mit durchweg sehr guten Ergebnissen (*Petzold, Rainalds, Leitner, Sieper* 2006).

Natürlich ist dieser Text und sind die genannten Arbeiten auch für die Lehrenden der Integrativen Therapie bedeutsam, denn sie sind immer Lehrende und Lernende zugleich, wie das für Sozialisationsprozesse kennzeichnend ist: man sozialisiert und wird dabei sozialisiert. Sie müssen sich in ihrem Wissen und Kenntnisständen mit denen der AusbildungskandidatInnen synchronisieren und über die Prinzipien der Ausbildung in Diskurs treten. Solche Diskurse zwischen Lehrenden und Lernenden über die Ausbildung erfolgen viel zu selten und es gibt kaum Literatur zu diesem Thema. Uns lagen sie stets am Herzen²⁵. Schließlich kann dieser Text für alle von Interesse sein, die sich in Ausbildungsprozessen im Felde der Psychotherapie als Lehrende und Lernende befinden – ganz gleich welcher „Schule“ oder Richtung sie angehören, denn es ist immer von Interesse, „über den Zaun zu schauen.“

Therapieausbildungen – und das macht sie komplex und spannend – geschehen nicht nur zwischen Ausbildern und Auszubildenden, LehrtherapeutInnen und Lernenden, sondern es gehören auch die Erfahrungen zum Prozess professioneller Sozialisation, die in der Behandlung von PatientInnen und in der sie begleitenden Supervision oder Kontrollanalyse gewonnen werden dazu (*Petzold* 1993m, 2007a) – etwa in der Erarbeitung eines Behandlungsjournals. Ein gemeinsames Ziel solcher Entwicklungsprozesse – auf der Seite der TherapeutInnen wie auf der der PatientInnen – ist der Gewinn „persönlicher Souveränität“ (*Petzold, Orth* 1998).

Diese Einführung zum Erstellen eines **Behandlungsjournals** – jeder Ausbildungskandidat und jede Kandidatin muss ein solches Journal verpflichtend anfertigen – soll dieses Element des Curriculums ausbildungstheoretisch begründen. Wir hatten schon einmal in einer Publikation zur **Praxeologie** (*Orth, Petzold* 2004) das Journal in einem praxeologischen Kontext vorgestellt. Auf diesen Text beziehen wir uns teilweise. Es wird dann als Beispiel ein Behandlungsjournal von *Andrea Patel* angehängt, dass die Journalarbeit verdeutlichen soll. Viele andere Journale finden sich in dem entsprechenden (passwortgeschützten) Internetarchiv: <http://www.fpi-publikation.de/behandlungsjournale/index.php>

²⁵ (*Petzold* 2010k; *Petzold, Sieper* 1976; *Frühmann, Petzold* 1993).

2. Die Ingredienzien eines Verfahrens, seiner Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung

„Unsere Aufgabe besteht darin, die drei Grundlinien der Verhaltensentwicklung – die evolutionsgeschichtliche, die historische [kulturhistorische sc.] und die ontogenetische – freizulegen und zu zeigen, dass das Verhalten des akkulturierten Menschen Ergebnis dieser drei Entwicklungslinien ist“ (Vygotskij, Lurija 1930, 3).

Ein ähnliches Programm wurde in der Integrativen Therapie als einer „**Entwicklungstherapie in der Lebensspanne und in spezifischen Lebenskontexten**“ aufgenommen mit ihrem konsequenten Bezug

1. auf die aktuelle Evolutionstheorie und -psychologie sowie die Neurowissenschaften und die Genetik,
2. auf die klinische und allgemeine Entwicklungspsychologie der Lebensspanne,
3. auf Sozialpsychologie, Sozial- und Kulturwissenschaften und auf kritische Kulturarbeit,
4. auf eine moderne Epistemologie, Ethiktheorie und klinische Philosophie.

Das macht die Integrative Therapie so aktuell und spannend und erfordert, am Puls der klinischen Entwicklungen und des interdisziplinären Wissen über den Menschen zu sein, um ihm in einer transversalen Moderne gerecht zu werden und dabei als Psychotherapie selbst zukunftsfähig zu bleiben.

In einem **Verfahren** der Psychotherapie (Petzold 1993h) müssen die wichtigsten Positionen des „**Tree of Science**“ (Petzold 1992e) für eine qualitätsvolle „best practice“ in einer „Synergie“ von mehreren Komponenten (Petzold 1974k) zusammenfließen. Sie sollen im Folgenden aufgeführt werden, wobei durch die Nennung der wichtigsten Publikationen dokumentiert wird, dass hier bei der Integrativen Therapie ein über 40 Jahre entwickelter, breiter Fundus von in sich konsistent verschränkter Theorie-Forschung-Praxis vorhanden ist. Die Komponenten sind:

1. ein hohes **empathisches Vermögen** (Petzold, Müller 2005), eine differenzierte **Sinnerfassungs-, Sinnverarbeitungs- und Sinnschöpfungskompetenz** (idem 2003a; 2007a) und eine **ko-kreative Performanz**, d.h. Fähigkeit zu schöpferischer Zusammenarbeit²⁶. in einem „Konflux“(2007a, 19f., 217ff.). Diese menschlichen Grundfähigkeiten, die in Sozialisation und Enkulturation durch **Interiorisierungen**²⁷ und **Mentalisierungsprozesse**²⁸ erworben wurden, müssen in einer persönlich **integren Grundhaltung** (Sieper et al. 2010) fundiert sein, die von mitmenschlichem Engagement getragen und von einem konvivialen

²⁶ (Ijine, Petzold, Sieper 1967, Petzold 2007a, 217ff)

²⁷ **Interiorisierungen**, ein Begriff Vygotskij's (1992), sind Verinnerlichungen, in denen das Verinnerlichte – Gutes wie Schlechtes – *sich selbst* und natürlich auch Anderen gegenüber angewandt wird: Getröstet-Werden ermöglicht Selbsttröstung, Empathiert-Werden begründet Selbstempathie, Ablehnung führt zu Selbstablehnung usw.. Therapie bestärkt positive Interiorisierungen und korrigiert negative dadurch, dass der Patient etwa die liebevolle Annahme des Therapeuten im Sinne einer Selbstannahme **interiorisieren** kann.

²⁸ Vgl. zu **Mentalisierung** 2.2.

- therapeutischen Klima und Behandlungssetting unterfangen ist (Orth 2010), wie es die „**Grundregel**“ der Integrativen Therapie fordert (Petzold 2000, 2000a). Sie werden durch professionelle Sozialisation verfeinert, durch
2. eine **hohe Professionalität**, die durch eine solide, gut evaluierte Ausbildung als professioneller Sozialisationen fundiert wird²⁹; die integrative Ausbildung gehört zu den bestevaluiertesten international). Sie muss in persönlicher, „**professioneller Selbsterfahrung**“, d. h. in systematischen Mentalisierungsprozessen³⁰ gründen. Sie schulen die Empathie, **Ko-responsenz-** und **Polylogfähigkeit** (idem 1991e, 2002c), d. h. die Fähigkeit zu pluridirektionaler Kommunikation in Gruppen und Teams. Die IT hat ein solches Konzept komplexer, persönlicher und professioneller Selbsterfahrung erarbeitet. Durch Fortbildung und Supervision wird Professionalität permanent verbessert³¹;
 3. eine breite **metatheoretische Fundierung** ist erforderlich (Petzold 2003a), die in **Metatheorie** mit Menschenbild (idem 2003e), Weltbild (idem 2009d, 2010f) und Ethik (Sieper et al. 2010) eine weit ausgreifende Orientierung bietet, welche Reduktionismen entgegenwirkt, den „Menschen gerecht“ wird (Petzold 2003i) und ihrer Lebenssituation entspricht (idem 2006p); das erfordert auch eine kontinuierliche „**kritisch-emanzipatorische Kulturarbeit**“, wie sie im Integrativen Ansatz besonders gepflegt wird³².
 4. eine elaborierte „**klinische Theorie**“ muss hinzu kommen, in der Gesundheitslehre und Krankheitslehre³³ zusammenwirken, um einseitige Pathologiezentriertheit zu vermeiden, und neben Traumen und Problemen (Petzold, Wolf et al. 2000, 2002), Salutogenese, protektive Faktoren, Ressourcen (Petzold 1997p) und Potentiale in einer proaktiven Weise in einer klinischen „**Entwicklungspsychologie der Lebensspanne**“, die Kleinkindzeit bis hohes Senium umfasst, zu berücksichtigen hat³⁴. Für diese vielfältigen Dimensionen ist eine konsistente **Integrationstheorie** (Sieper 2006) erforderlich, wie sie im „Tree of Science Modell“ (Petzold 1991k) entwickelt wurde und in zusammenfassenden Übersichtsdarstellungen vorgelegt wurde³⁵;
 5. eine fundierte **Praxeologie**³⁶ muss ein breites interventionsmethodisches Arsenal (idem 1993h) bereitstellen an **Methoden** (wie die **Gestaltmethode**, Perls vgl. Petzold 1986; das **Psychodrama** Moreno, vgl. Petzold 1984b; **Leib- und Bewegungsmethoden**³⁷; die **Narrative Praxis** und **Poesietherapie**³⁸. **Techniken** und **Medien** müssen vorhanden sein, wie wir sie mit der von uns eingeführten Konzeption und Praxis der „**kreativen Medien**“) entwickelt haben³⁹ und in der Diagnostik (Petzold, Orth 1994, Osten

²⁹ (idem 2005s; Petzold, Orth, Sieper 1995a; Petzold, Hass et al 1998; Petzold, Rainals et al. 2006).

³⁰ Vgl. 2.2.

³¹ (Petzold 2007a; Petzold, Orth, Sieper 2006; Oeltze et al. 2009)

³² (Petzold 2010f; Petzold, Orth 1999; Petzold, Orth-Petzold 2009; Sieper et al. 2009)

³³ (Krankheitslehre Petzold 1996f, 2003a; Petzold, Schuch 1991; Gesundheitslehre Ostermann 2010; Petzold 2010b)

³⁴ (idem 2005o; Petzold 1992e; Petzold, Goffin, Oudhof 1993; Petzold, Müller, Horn 2010; Sieper 2007)

³⁵ (Petzold 2003a; 2005r/2010 grundlegend; Sieper et al. 2007; Rahm et al. 1993, Leitner 2010).

³⁶ (Orth, Petzold 2004, Petzold 2003a, Bd. III).

³⁷ (Petzold 1974k, 1988n, Waibel, Jakob Krieger 2008).

³⁸ (Orth, vgl. Petzold, Orth 1985; Orth, Petzold 2008; Petzold 2003g)

³⁹ (Petzold, Orth 1990a; Petzold, Sieper 1993; Petzold, Brühlmann et al. 2007)

2002), der Fokal- und Langzeittherapie (Petzold 1993p/2003) altergruppenspezifisch⁴⁰.

6. eine solide **klinische Erfahrung** wird in der Umsetzung von Theorie und Praxeologie in der **Praxis** gewonnen⁴¹ und ist ein unverzichtbarer Bestandteil des **Verfahrens**. Und hier werden die „Behandlungsjournale“ wesentlich, denn in ihnen wird die theoriegeleitete praktische Umsetzung der Integrativen Therapie und die dabei gewonnenen Erfahrungen dokumentiert (vgl. *Checkliste Petzold 2005s*, hängt dieser Arbeit an);
7. **empirische Forschung** muss die Ausbildung (Petzold, Rainalds et al. 2006), die Supervision⁴² und die Therapien beforschen⁴³. Sie muss im jeweilig beforschten Bereich solide Ergebnisse erbringen⁴⁴, auf Grund derer man auch unter Beiziehung von Theorieentwicklung (Punkt 3 u. 4), Praxeologie- und Methodik-Entwicklung (Punkt 5) und der gewonnenen klinischen Erfahrung (Punkt 6) Verbesserungen von Konzepten und Methoden vornehmen kann, die durch Ausbildung wieder in die Praxis transportiert werden.

Es geht also einerseits auf der persönlichen Ebene um persönliche Mentalisierungsprozesse von Einzelpersonen, aber auch von Gruppen, wie sie durch **Wahrnehmen, Erfassen, Verstehen, Erklären** in spiralig progredierenden *epistemischen/hermeneutischen* Erkenntnisprozessen **(1)** erfolgen und ins Handeln führen (Petzold 1991a). Oft sind es *agogische*, d. h. bildungsbezogene Prozesse **(2)** der explorierenden Informationssuche, der agierenden Aneignung und des Integrierens, was Neuorientierungen ermöglicht. Oder es sind *poietische*, d. h. schöpferische Prozesse. In schöpferischen Spiralen **(4)**, werden in persönlichen und gemeinschaftlichen „**Konfluxprozessen**“ (idem 2007a, 220ff), in denen alles Wissen (*Kompetenzen*) und Können (*Performanzen*) zusammen fließen, die Materialien differenziert und in einer Produktionsphase strukturiert, wodurch neue Strukturen entstehen, die im Kontext (Lebensvollzug, Team, Gruppe) integriert werden müssen, was Um- und Neugestaltungen möglich macht. Solche „nicht-klinischen“ Prozesse sind auch im ressourcenorientierten therapeutischen Geschehen wichtig, wohingegen das konfliktzentrierte Vorgehen **(3)** dem von *Freud* inaugurierten Schema folgt.

1.epistemische 2.agogische 3.therapeutische 4.poietische Spirale

1. Wahrnehmen	1. Explorieren	1. Erinnern	1. Differenzieren
2. Erfassen	2. Agieren	2. Wiederholen	2. Strukturieren
3. Verstehen	3. Integrieren	3. Durcharbeiten	3. Integrieren
4. Erklären	4. Reorientieren	4. Verändern	4. Kreieren/Gestalten

In der epistemischen, durch hermeneutisches Durchdringen von komplexer Wirklichkeit operierenden Spirale **(1)** geht es um persönliche aber auch um polylogisierende, gemeinschaftliche Erkenntnisarbeit in Kontext/Kontinuum, im

⁴⁰ (Kinder, Jugend, Erwachsene, Geronto, Metzmacher et al 1995; Petzold, Feuchtnner, König 2009; Leitner 2010; Petzold 2005a; Petzold, Müller, Horn 2010).

⁴¹ (Petzold 1993p, 2003a, Bd. III; Waibel, Jakob-Krieger 2009; Sieper et al. 2007)

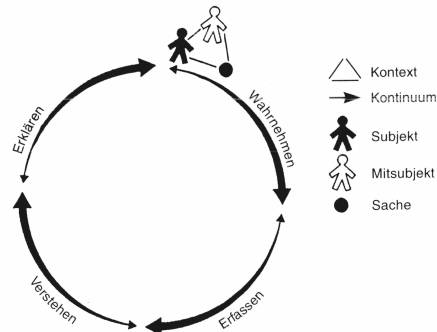
⁴² (Schigl, Petzold 1997; Oeltze, Ebert, Petzold 2002/2009)

⁴³ (Petzold, Hass et al. 2000; Steffan 2002; Leitner 2010).

⁴⁴ Ggf. auch kritische (Schay, Liefke 2009; van der Mei et al. 1997; Petzold 2006 Petzold, Wolf et al. 2000)

Chronotopos (Bachtin 2009); Ruth Cohn hat von „Globe“ gesprochen (Petzold 2010).

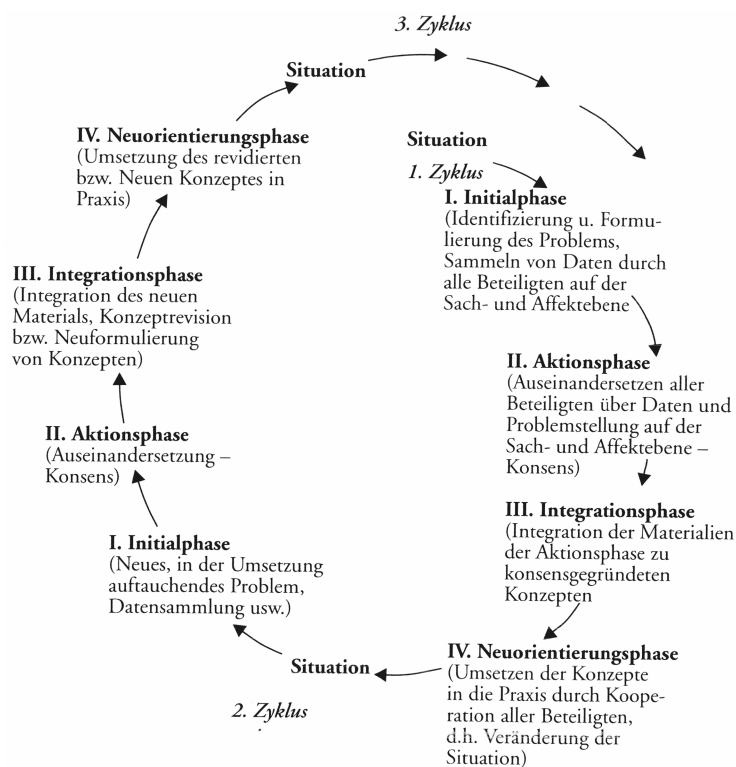
Abb. 1: Die hermeneutische Spirale (aus Petzold 1992a, 489)



Es geht andererseits um permanente Austauschprozesse zwischen Theorie und Praxis in den Therapie- und Beratungsprozessen mit ihren *dynamischen, spiralig fortschreitenden Phasenverläufen* – die Phasen sind natürlich nur idealtypisch zu sehen und haben in vivo durchaus auch andere Verläufe.

Abb. 2: Der „Theorie-Praxis-Zyklus“ im Ko-respondenzmodell (aus Petzold 1973,1980c, 346, 2007a, 105)

Synopse der Vierstufenmodelle

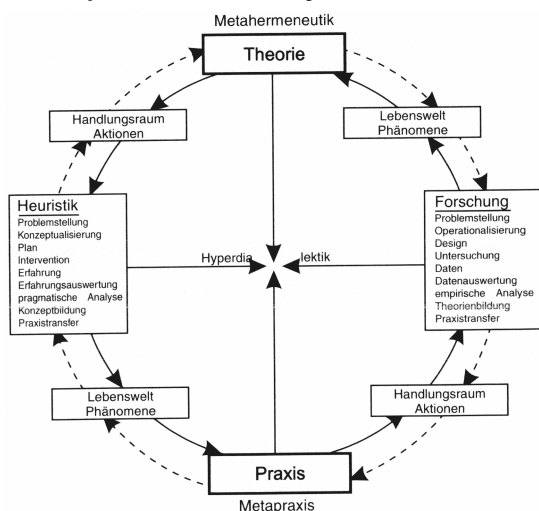


- I. Initialphase → Differenzierung → Komplexität, Dissens
- II. Aktionsphase → Strukturierung → Prägnanz, Konsens
- III. Integrationsphase → Integration → Stabilität, Konzepte
- IV. Neuorientierungsphase → Kreation → Transgression, Kooperation

Legende: „Der Ko-respondenzprozess führt zu Sinn durch Beobachtung und Analyse und damit zur Veränderung von Situationen, indem die an einer Situation beteiligten Personen ihre Lage reflektieren, d.h. in einem Prozess der Differenzierung Komplexität freisetzen, die strukturiert und prägnant gemacht werden kann. In einer weiteren Phase des Gruppenprozesses, der verbal und aktional (z.B. psycho- und soziodramatisch) abläuft, werden Erfahrungen und Erkenntnisse integriert. Es wird auf diese Weise eine neue Stabilität gewonnen, die die Möglichkeit zur Veränderung, der Kreation, der Überschreitung des Bisherigen bietet (Petzold 1978c; Petzold, Lemke 1979). Es entsteht ein Zyklus von Reflexion und Handlung, von Theorie und Praxis, von Stabilisierung und Veränderung, von Integration und Kreation, der für das Identitätserleben zentrale Bedeutung gewinnt: die Chance zur Entfaltung, zum Wachstum der Identität, die ja immer in soziale Kontexte eingebunden und von ihnen bestimmt ist. Im gruppalen Ko-respondenzprozess wird, wie im individuellen, Identität gestiftet, bekräftigt und gesichert durch Akte von Konsens und Kooperation“ (Petzold, Mathias 1983, 186). Der **Theorie-Praxis-Zyklus** des Ko-respondenzmodells (Abb. 1) bietet die Grundlage für das Generieren von Praxistheorien, wie es in Supervisionsprozessen beständig geschieht. (aus Petzold 2007a, 106).

Dieses Geschehen wird dann mit den Forschungsprozessen verschränkt, so dass die Therapieprozesse und ihre Ergebnisse untersucht werden können, um dann in die Praxis zurück gespeist zu werden.

Abb. 3: Generatives Theorie-Praxis-Modell (aus Petzold 1991e, 1982f) als Modell „systematischer Heuristik“

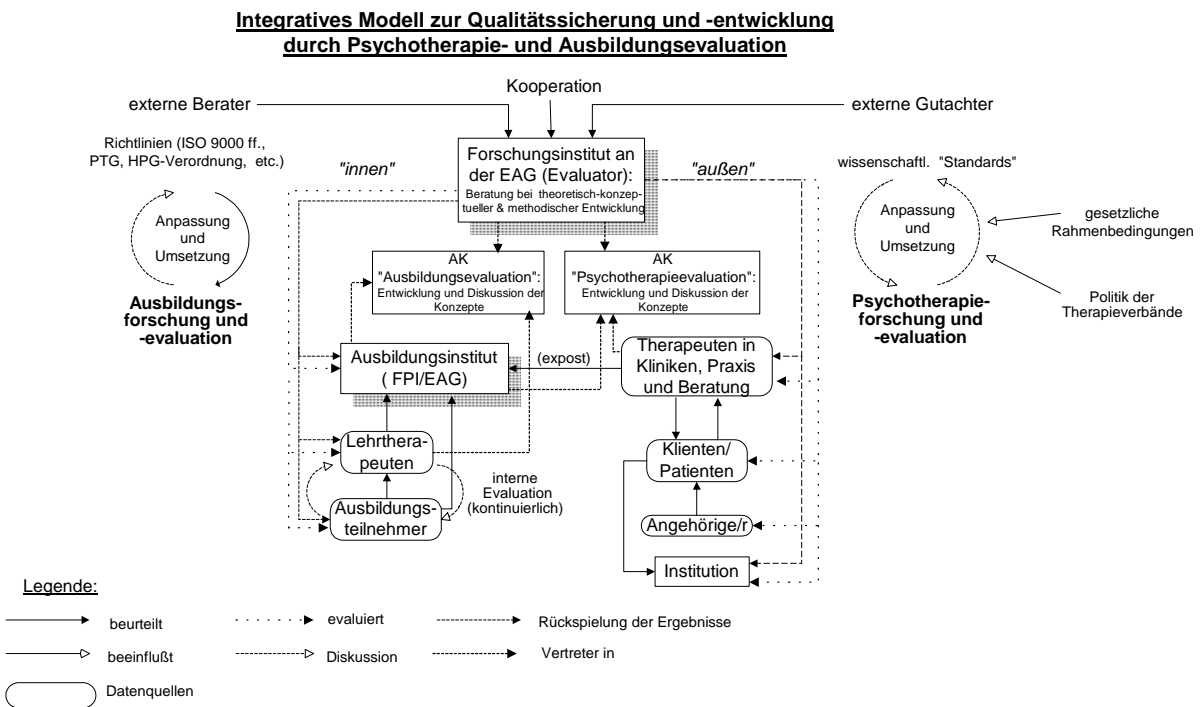


Legende: In der Integrativen Therapie wird das dialektische bzw. ko-respondierende Verhältnis von Theorie und Praxis als die Quelle des Weltverständnisses und der Wirklichkeitsgestaltung angesehen. Die Praxis wird als Grundlage von Theorie und die Theorie als Grundlage von Praxis betrachtet. Sie konstituieren sich wechselseitig und bilden somit eine *Einheit* Theorie, die Praxis auslegt, wird damit selbst praktisch, und Praxis, die in Theorie gründet, wird, indem sie diese umsetzt, selbst theoriestiftend. Die Betrachtung dieser beständigen Ko-respondenz zwischen Theorie und Praxis konstituiert das, was wir als *Metahermeneutik* bezeichnen: das *Wahrnehmen, Erfassen, Verstehen* und *Erklären* (vgl. Abb. 1) des Interpretationsprozesses selbst, und begründet das, was wir als *Metapraxis* bezeichnen, eine Tätigkeit, die darauf gerichtet ist, die Strukturen des Handelns selbst zum Gegenstand des Tuns zu machen, und das ist Generierung von Theorie. Dabei werden zwei Strategien des Erkenntnisgewinns über die Realität – was immer zugleich auch Beeinflussung von Realität ist – von zentraler Wichtigkeit: *empirische Forschung* nach dem an den Fallibilismus von *Feine* anschließenden Falsifikationskriterium (Popper, Lakatos), Forschung, die allerdings immer kritisch auf ihre Voraussetzungen hin befragt werden muss (Adorno et al. 1972; Horkamp 1972) und zum anderen durch *systematische Heuristiken* (Petzold 1991k, 1991e, 82f; Bromme, Hömberg 1977; Müller 1970), die – nicht vom Zwang methodischer Akuratesse (Feierabend. 1977,1987) gebunden – sich Problemen in kreativer Freiheit (Rogers 1990; Metzger 1962; Wertheimer 1964) nähern können. Wenn das Feld empirischer Forschung mit dem systematischer Heuristik in Ko-respondenz steht, kann sich

eine Dialektik entwickeln, die äußerst fruchtbar werden kann und sich beständig selbst zu übersteigen vermag in einer *Hyperdialektik* (Richir 1986; Taminaux 1986), die ihre eigenen Voraussetzungen selbst zum Gegenstand ihrer Reflexion und ihres Handelns macht. In „angewandten Human-Wissenschaften“ ist die Verschränkung von Heuristik und Forschung genauso ein Desiderat wie die von Theorie und Praxis unverzichtbar ist. (Petzold 2007a, 1003

Ein solches Modell muss organisatorisch umgesetzt werden und auch in das Feld der Praktiker, ja auch in den berufspolitischen Bereich hinein vernetzt und vertreten werden. Das muss natürlich in jedem Land spezifisch geschehen. In Deutschland hatten wir vor Jahren schon das nachstehende Modell (Abb. 4) entwickelt. In Österreich hat das Department für Psychotherapie und Psychosoziale Medizin an der Donau-Universität ein analoges Modell implementiert⁴⁵.

Abb. 4: Metazirkel der Qualitätssicherung: ein differentielles und integratives Modell der Qualitätssicherung und –entwicklung durch Psychotherapie- und Ausbildungsevaluation, aus Steffan, Petzold 2001.

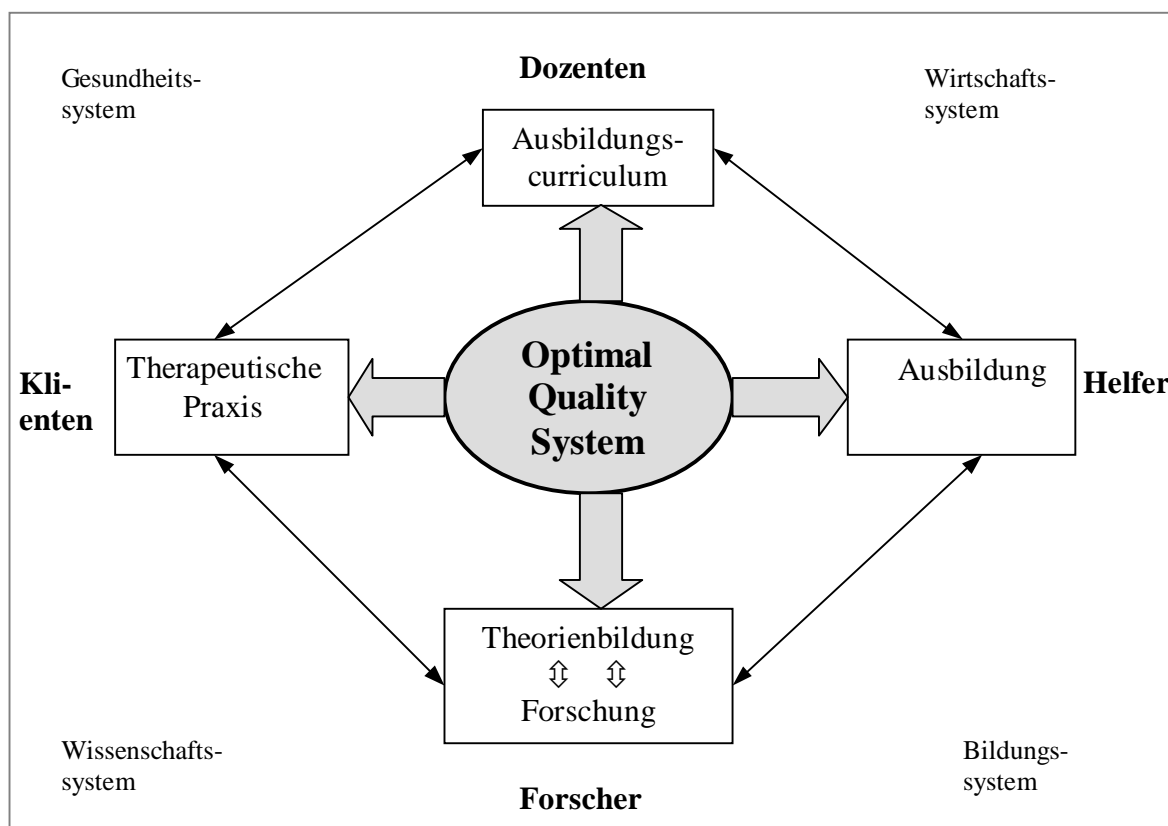


All das ist erforderlich, wie die Graphik zeigt, wenn man ein gutes Therapieverfahren entwickeln will – es bedarf einer immensen Arbeit von Vielen auf vielen Ebenen: TheorientwicklerInnen, MethodenentwicklerInnen, klinische PraktikerInnen, ForscherInnen, SupervisorInnen, OrganisatorInnen, Verwaltungsleute, BerufspolitikerInnen – ein Netz von engagierten, fleißigen und innovativen Menschen, die ein therapeutisches Verfahren und seine Methoden **up to date** und qualitativ auf einem guten Stand halten, ja die Qualität beständig entwickeln, denn „alles fließt, noch bleibt es je dasselbe“ wie wir mit *Heraklit* wissen. Alles ist Prozess!

Die Gesamtstruktur solcher Qualitätssicherung und -entwicklung ist noch einmal im nachstehenden Diagramm dargestellt.

⁴⁵ (Leitner, Märtens et al. 2004a; Märtens, Leitner et al 2003)

Abb. 5: Das „Optimal Quality System“ (OQM) im Integrativen Ansatz der Therapie, Agogik, Supervision (aus Steffan, Petzold 2001)



Die Behandlungsjournale stehen im Verbund mit allen vier Hauptelementen des Systems: Im Ausbildungssystem sind sie 1. Teil des Curriculums und 2. der Ausbildung, 3. tragen sie zur Theorienbildung und zur Forschung bei (es sind ja Dokumente der Praxeologie, die Praxisforschung ermöglichen). 4. finden sie in der klinischen psychotherapeutischen oder soziotherapeutischen Praxis statt und verbinden diese mit dem Ausbildungssystem. Das alles ermöglicht eine **optimale Qualität**, wie unsere Forschungen sie auf vielen Ebenen bestätigen können⁴⁶.

3. Theoriebildung und Praxeologie

„Nichts ist so praktisch wie eine gute Theorie“
(Kurt Lewin, in Marrow 1977,145)

„Eine gute Praxis ist immer von guter Theorie gesättigt.“
(Petzold 2002h).

Es ist – so denken wir – deutlich geworden: Theorie, Praxis und Forschung sind auf engste miteinander verwoben. Gute **Therapie** setzt gute **Theorie** um und wendet gute **Praxeologie**, d. h. Methoden, Techniken und Medien in der Praxis an, die sich auf Grund von Forschung als probat erwiesen haben und durch weitere Beforschung der Praxis (Leitner 2010) optimiert werden können und müssen, was auch zur

⁴⁶ (Leitner 2010; Petzold, Hass et al. 2000; Steffan 2002; Petzold, Rainalds et al. 2006)

Weiterentwicklung der Theorie führt (z. B. *Petzold* 2005r/2010) und auch zu methodischen Innovationen (z. B. *Petzold, Orth, Orth-Petzold* 2010).

In einer *akzelerierten Moderne*, in der die Halbwertzeiten des Wissen sich beständig verkürzen und fortwährend neue, zum Teil grundsätzlich neue Erkenntnisse und Forschungsergebnisse gewonnen werden, innovative Theorienentwicklungen stattfinden, etwa durch die Integration der Neurowissenschaften in der Psychotherapie⁴⁷, kommt dem besonnenen Umgang mit Theorie große Bedeutung zu. Nur auf solchem soliden Theorieboden können Ansätze innovativer Praxis entwickelt werden⁴⁸. Therapieverfahren, die ohnehin an einer Schnittstelle von Theorie und Praxis situiert sind, deren Theorien immer auch konkrete Auswirkungen, Wirkungen und Nebenwirkungen auf das Leben und die Leiblichkeit, die Gesundheit und das Lebensglück von Menschen haben, müssen den Fragen ihres Verhältnisses zur Theorie bzw. des Theorie-Praxis-Bezugs besondere Aufmerksamkeit schenken (vgl. ausführlich *Petzold* 1991a/2003a, 2007a).

Die *transversale* Qualität der Moderne (*Welsch* 1996) – darunter verstehen wir ihre beständigen generativen Überschreitungen vorhandener Wissensstände in Neuland – und ihre fortwährenden intensivierten „interdisziplinären“ Querungen der verschiedenen Wissensfelder und ihrer Erträge, führen zu „*transdisziplinären* Erkenntnissen“, einem anderen, flexibleren, offeneren Umgang mit Theorie und zu einem transgredierenden Theoriegebrauch⁴⁹. Seit den Zeiten des *Aristoteles* wird systematisch über Theorie nachgedacht (*Ritter* 1953). Dabei kam mehr und mehr auch das Theorie-Praxis-Verhältnis in den Blick (*Kant* 1793), das nach den Beiträgen von *Fichte, Hegel, Feuerbach* u. a. zu einem zentralen Thema der marxistischen Philosophie wurde. Bei *Karl Marx* wird der Praxis-Begriff als sinnliche bzw. gegenständliche Tätigkeit des Menschen gesehen, durch die er eine subjektive, materielle Umgestaltung der objektiven Realität bewerkstelligt mittels produktiver, politischer, experimenteller, künstlerische usw. materieller Tätigkeiten (*Tostel, Barata-Moura* 1999). *Georg Lukács* und *Antonio Labriola* führten die Diskussion weiter, die *Antonio Gramsci* zu einer zwischen Materialismus und Idealismus stehenden Position ausarbeitete, die Theorie und Praxis im Gesellschaftsbezug dachte. Das von *Gramsci* inaugurierte Konzept der „Zivilgesellschaft“, die staatliche und nicht-staatliche Gesellschaftsarbeit zusammenführt, Wissenschaft und Alltagsverstand, und zu Formen der Praxis finden muss, in denen das Problem der „kulturellen Hegemonie“ gehandhabt werden kann (*Kebir* 1991; *Mayo* 2006), ein Thema, das gerade für Therapie in multikulturellen Gesellschaften bedeutsam ist. Therapie hat immer eine eminente, auf Praxis gerichtete Orientierung, die aber zugleich auch eminent theoretisch sein muss, um nicht an vitalen Problemen vorbei zu gehen, wie *Gramsci* (*Roth* 1972), *Bourdieu, Arendt* und viele andere für die IT wichtige Referenzphilosophinnen gezeigt haben. Immer wieder wird in der psychosozialen und therapeutischen Praxis deutlich, was *Kurt Lewin* in dem diesem Kapitel vorangestellten Zitat formulierte. Gute Theorie ist in eminenter Weise praktisch und was wir durch die Annahme ergänzt haben, das guter Praxis gute Theorie inhäriert. Es kann hier nicht darum gehen, weiter in das Theorie- bzw. Theorie-Praxis-Problem einzusteigen⁵⁰. Klar sollte indes sein, dass dieses Problem nicht zu vernachlässigen ist. Zur integrativen Position:

⁴⁷ (bei der die IT eine Vorreiterrolle hatte z. B. schon *Petzold, van Beek, van der Hoek* 1994, dann *Petzold* 2002j, *Petzold* 2009c)

⁴⁸ (*Hartz, Petzold* 2010; *Petzold, Orth, Orth-Petzold* 2010).

⁴⁹ (*Petzold* m1974j, 1988n/1996a, 1998a, 1991a/2003a)

⁵⁰ (*Kuipers* 2001; *Kuhn* 1976; *Westermann* 2000; *Zima* 2004)

„**Theorie** entsteht aus von Menschen leibhaftig wahrgenommener und erfasster Wirklichkeit (Gegenstände, Handlungen, Sachverhalte, Vorgänge, Wissensstände), die persönlich und gemeinschaftlich exzentrisch reflektiert bzw. metareflektiert und - vorwissenschaftlich und fachwissenschaftlich untersucht - verstanden, erklärt und in Begriffe, Konzepte, *Erklärungssysteme* gefasst wurde. Diese sind nicht abgeschlossen, sondern vermögen sich in Prozessen kultureller Entwicklung immer wieder als „*transversale Theorie* zu überschreiten. Die so entstandenen kollektiven und subjektiven '*mentalen Repräsentationen*' ermöglichen Aussagen über Prinzipien und Regelmäßigkeiten von unterschiedlicher Genauigkeit und Verlässlichkeit, wodurch wiederum Voraussagen zu Zusammenhängen, Verhalten und Prozessen möglich sind, so dass Theorie für Praxis handlungsleitend wird und hinlängliche Handlungssicherheit für diejenigen vermitteln kann, die die Theorie gebrauchen. Theorie strukturiert Weltkomplexität und bündigt damit unüberschaubare, riskante Wirklichkeit und stellt damit auch eine Macht dar, die in ihrer Umsetzung selbst eine (machtvolle) Praxis werden kann. Deshalb wird ideologiekritische Reflexion von Theorie unerlässlich“ (Petzold 1991a).

Gleichzeitig muss gesehen werden, ob Theorie Praxis hinlänglich fundiert (Lewin), ob sich Theorie in der Praxis bewährt (Popper), wie Praxis Theorie korrigieren muss und auf welche Weise Praxis Gesellschaft formt oder Gesellschaft und ihre Ideologien Praxis formen (Gramsci).

Die Theorie-Praxis-Verschränkung wird in der Psychotherapie und ihrer Auseinandersetzung mit gesunder Praxis und gesundem Denken – oder mit pathologischen Phänomenen – besonders sinnfällig nicht zu reden von den gesellschaftlichen Dimensionen, die im Denken und Handeln von Menschen ihren Niederschlag gefunden haben und sichtbar werden, und die damit wiederum Wirklichkeit schaffen.

3.1 Fundierte Professionalität durch einen souveränen „sens pratique“ (Praxissinn)

„Wenn Therapeutinnen einen 'siebten Sinn' für eine kreative, menschengerechte und wirkungsvolle Praxis entwickelt haben, gelingen immer wieder Kunstwerke des Lebens“ – Ilse Orth 2009

Hier kommen die Überlegungen und Konzepte eines wichtigen Referenzautors der IT– Pierre Bourdieu – zum Tragen (Leitner, Petzold 2005). Aus seiner „Kritik der theoretischen Vernunft“ einer rein theoretisch arbeitenden Wissenschaft entwickelte Bourdieu seine „Theorie der Praxis“, eine *praxeologische Erkenntnisweise*, den „sens pratique“, ein habitualisiertes, fungierendes Wissen im Praxisvollzug. Wie ein guter Tennisspieler alle Regeln seines Spiels und wichtiger Verhaltensmöglichkeiten seiner Gegner fundiert durch Theorie und Erfahrung kennt und in der Performanz „**souverän**“ realisiert, ohne bewusst darüber nachdenken, so handeln wir auch in den Spielen des sozialen Alltags oder des professionellen, wenn wir sie gut kennen, oft ohne bewusst nachzudenken mit „*stratégies inconscientes*“, unbewussten Strategien (Bourdieu 1988, 77). Das wahrhafte „Prinzip dieser Strategien ist der Praxissinn [*le sens pratique*] oder, wenn man so will, das, was die Sportler das Spielgefühl nennen, die praktische Meisterschaft der Logik oder der immanenten Bedingungen eines Spiels, die man durch die Spielerfahrung erwirbt und die jenseits des Bewusstseins und des Diskurses fungiert“ (ibid.). Jede wahrhafte Meisterschaft verbindet **Theorie** (Kompetenz, Fähigkeiten, Wissen) und **Praxis** (Performanz, Fertigkeiten, Können), in einer solchen automatisch fungierenden Weise zu einer **praxelologisch „eleganten Performanz“**.

Bourdieu's „sens pratique“, geben wir absichtsvoll nicht als „Praxisgefühl“ oder „Praxisempfinden“ wieder, obwohl diese Momente eines besonderen „feelings“ im Begriff auch eingeschlossen sind, sondern nutzen das französische „sens“ in seiner

ganzen Sinnfülle⁵¹, die auch *Merleau-Ponty* (1966) nutzte und die der Integrativen Sinntheorie (*Petzold* 2001p) zugrunde liegt, sprechen also von „Praxissinn“, der Erfahrung, Kognitives, Emotionales, Sensorisches, Aktionales. In solcher **Praxeologie** fließt alles theoretische und praktische „*szenische Verstehen* und *atmosphärische Erfassen*“ (*Petzold* 1969b, 27/1988n, 469) zusammen – hier gehen wir mit *Jacob Levi Moreno* performativem Szenenkonzept der „Spielaktion“ (*Petzold, Mathias* 1983) und mit dem Atmosphärenkonzept von *Hermann Schmitz* (1965, 1989) weit über *Alfred Lorenzers* (1970) „szenisches Verstehen“ hinaus und arbeiten mit dem Konzept einer fungierenden, d.h. habitualisiert sich vor- und mitbewusst vollziehenden „**hermeneutischen Spirale**“ (siehe Abb. 1). Aus dem **Wahrnehmen** und **Erfassen** von Kontext-Kontinuum mit seinen Szenen und Atmosphären, angereichert durch die archivierten Erfahrungen einstmalig erlebter Szenen/Atmosphären aus den Archiven des „informierten Leibes“ (*Petzold* 2009b) und in ihrem **Verstehen** und **Erklären** (*Petzold* 1991a/2003a, 162ff) kann es dann im konkreten therapeutischen Handeln zu **Synopsen** und kokreativen **Synergien** (*Petzold* 1974k, 19/1988n, 73) kommen, die als komplexe Theorie-Praxisinformation zusammenfließen, so dass ein neues Ganzes entsteht, das „[mehr und] etwas anderes ist als die Summe der Teilinformationen“ (ibid). Das geschieht in jeder „informierten Praxis“, also in jeder **Praxeologie**. Um eine andere Metapher zu verwenden als *Bourdieu's* Sportler, blicken wir auf Künstler: einem gewiegten Komponisten oder Dichter fließen die Symphonien oder die Verse aus der Feder, ohne dass er reflexiv konstruieren muss, weil er das gesamte musikologische bzw. poetologische Wissen seiner Zeit verinnerlicht, „habitualisiert“ hat. In kompetentem, „meisterlichem“ professionellen Handeln kommt es zu ähnlichen Phänomenen. Große TherapeutInnen wie *Hildegund Heintl, Ilse Orth*, der Seniorautor dieses Textes sind große PraxeologInnen, bei denen im „*sens pratique*“ Theoriewissen und Praxiskönnen in „**eleganter Performanz**“ zusammenfließen. Solche „Performanz in Aktion“ muss man sehen, miterleben, „atmosphärisch erfassen“ und „szenisch verstehen“ in eigener durchgeführter und reflektierter, persönlicher und professioneller „Selbsterfahrung“ (vgl. die „integrative Theorie der Selbsterfahrung“, *Petzold, Orth, Sieper* 2006). Solche „Interiorisierungen“ (*Vygotskij*⁵²), solches Spiegelneuronen-gestütztes Imitationslernen“ (*Rizzolatti* 2008; *Petzold* 2004h, 2004j) solches differenzierendes und integrierendes „komplexes Lernen“ (*Sieper, Petzold* 2002) als „leibhaftiges Erfahren“ (*Petzold* 1988n, 590ff) in eigener „therapeutischer Sozialisation“ (ibid. 599), zu der Reflexion und

⁵¹ Sinn m <Sinn(e)s; Sinne> 1. (**Wahrnehmungsfähigkeit**) sens m; der sechste Sinn le sixième sens; die fünf Sinne les cinq sens; ...

2. st/s pl (**Bewusstsein**) ihr schwanden die Sinne elle perdit connaissance ...;

3. <pas de pl> (**Empfänglichkeit**, Verständnis) sens m (für de); penchant m (für pour); Sinn für Humor haben avoir le sens de l'humour; Sinn für etwas haben a apprécier qc; nur Sinn für Geld haben ne s'intéresser qu'à l'argent; dafür habe ich keinen Sinn cela ne m'intéresse pas;

4. <pas de pl> (**Geist**, Gesinnung) st/s mit frohem Sinn avec gaieté, entrain, joie ...;.... in diesem Sinne, ... dans cet esprit;

5. <pas de pl> (**Bedeutung**) sens m; eines Wortes, Satzes etc signification f; acception f; im eigentlichen, übertragenen Sinn(e) au sens propre, figuré;

6. <pas de pl> (**Zweck**) sens m; bien-fondé m; der Sinn des Lebens le sens de la vie ... (Langenscheidt, Berlin und München 2005)

Man kann noch hinzufügen

7. <pas de pl> (**Empfindung**), sens de l'odorat (Geruchsempfindung)

8. <pas de pl> (**Richtung**) Drehsinn, Uhrzeigersinn, dans le sens des aiguilles d'une montre, sens unique ...

⁵² (*Vygotskij* 1992, vgl. hier Anmerkung 16)

Metareflexion des Erfahrenen und Praxistransfer des Erfahrenen in eigenes – wiederum reflektiertes/metareflektiertes – Tun kommen muss, schafft „Habitualisierungen“ einen „Habitus“ (sensu *Elias*⁵³ und *Bourdieu*⁵⁴), welche zu eigener exzellenter Praxis führen. *Bourdieu* (1997a) definiert den Begriff „Habitus“ als eine erworbene (nicht angeborene) und als erfahrungsabhängige Konstruktion, rückgebunden an gesellschaftliche Praxen, die durch Sozialisation/Enkulturation verinnerlicht werden und gleichsam automatisch fungieren, bis in die „Hexis“, wie *Bourdieu* die motorische Performanz nennt⁵⁵. **Habitus** ist ein subjektbezogenes Konzept der Interiorisierung kollektiver *Dispositionen*, Produkt kollektiver Praxen und zugleich ein Erzeugungsprinzip von Praxisformen und Verhaltensstrategien eines sozialen Akteurs. Er ist „puissantement générateur“, ein mächtiger Generator, der selbst Ursprung des „*sens pratique*“, des Praxissinns ist. Von Sozialisation/Enkulturation hervorgebracht, ist der Habitus zugleich strukturiert und strukturierend⁵⁶. Das entspricht weitgehend unserem Konzept der „**Verkörperungen durch den informierten Leib**“⁵⁷, bei dem wir auf die Idee der „Einleibung“ von *Hermann Schmitz* (1989) und auf *Merleau-Pontys* (1966) „incorporation“ (embodiment) zurückgreifen. Gefühle und Kognitionen mit ihrer sozio-kulturellen Ausgestaltung – also immer kontextualisiert und temporalisiert, in Szenen und Stücke eingebundene, gleichsam „eingefleischte Gewohnheit, das (2003a, 681ff) werden damit als in „**Mentalisierungsprozessen**“ verkörperte Informationen betrachtet⁵⁸. Unsere Leitidee kommt hier von *Vladimir N. Iljine*:

„Habe ich meinen Körper verloren, so habe ich mich selbst verloren. Finde ich meinen Körper, so finde ich mich selbst. Bewege ich mich, so lebe ich und bewege die Welt. Ohne diesen Leib bin ich nicht, und als mein Leib bin ich. Nur in der Bewegung aber erfahre ich mich als mein Leib, erfährt sich mein Leib, erfahre ich mich. Mein Leib ist die Koinzidenz von Sein und Erkenntnis, von Subjekt und Objekt. Er ist der Ausgangspunkt und das Ende meiner Existenz“ (V. N. Iljine 1965, in Petzold 1974)

Aus dieser Grundüberzeugung wurde die Integrative Therapie als leibzentrierter Ansatz konzipiert, der den Menschen als Leib-Subjekt in Kontext/Kontinuum sieht.

3.2 Professionalisierung als „Verkörperung“ durch „Mentalisierung“

„Es ist recht mühevoll, eine gute therapeutische Theorie und Paxeologie zu entwickeln, sie zu lehren und durch Forschung und in berufspolitische Arbeit abzusichern, damit sie in einer fundierten und integren Praxis umgesetzt werden kann. Man braucht ein Leben dafür.“
Hilarion Petzold 2010

⁵³ „Sozialer Habitus“ bei *Norbert Elias* umfasst „soziale Dimension der Persönlichkeitsstruktur“, ihre Gewohnheiten im Denken, Fühlen und Handeln, die sie auch mit Mitgliedern einer Gruppe gemeinsam hat (die Mitgliedern einer Gruppe gemeinsamen psychischen Merkmale).

⁵⁴ Mit Bezug auf *Elias* sieht *Bourdieu* „Habitus“ als das gesamte Auftreten einer Person (Sprache, Kleidung, Gewohnheiten, Lebensstil).

⁵⁵ (Vgl. *Fröhlich* 1999; *Krais, Gebauer* 2002; *Nickl* 2001)

⁵⁶ *Bourdieu* (1987, 77) definiert l’habitus als “structures structurées prédisposées à fonctionner comme structures structurantes”.

⁵⁷ (informed body“ *H.G. Petzold* 1988n, 2009c).

⁵⁸ (vgl. *Petzold* 2008b, 2009c).

Therapie muss solche „**Verkörperungen**“ durch **Mentalisierungen** ermöglichen (Neusozialisierungen als komplexes, neues Lernen). Deshalb muss man diese Prozesse verstehen, bei denen das Mentalisierungsgeschehen – d. h. mentale Aufnahme und Verarbeitung von *Kognitivem, Emotionalem, Volitionalem* – eine besondere Bedeutung hat:

»Unter **Mentalisierung** verstehe ich aus der Sicht der Integrativen Therapie die *informationale Transformierung* der konkreten, aus extero- und propriozeptiven Sinnen vermittelten Erlebnisinformationen von erfahrenen Welt-, Lebens- und Leibverhältnissen, die Menschen aufgenommen haben, in *mentale Information*. Die Transformierung geschieht durch *kognitive, reflexive* und *ko-reflexive* Prozesse und die mit ihnen verbundenen Emotionen und Volitionen auf *komplexen symbolischen Ebenen*, die Versprachlichung, Analogisierungen, Narrativierungen, Mythenbildung, Erarbeitung vorwissenschaftlicher Erklärungsmodelle, Phantasieprodukte usw. ermöglichen. Mit fortschreitender mentaler Leistungsfähigkeit durch Diskurse, Meta- und Hyperreflexivität finden sich als hochkulturelle Formen *elaborierter Mentalisierung, ja transversaler Metamentalisierung* künstlerisch-ästhetische Produktionen, fiktionale Entwürfe, wissenschaftliche Modell- und Theorienbildung sowie aufgrund geistigen Durchdringens, Verarbeitens, Interpretierens, kognitiven und emotionalen *Bewertens* von all diesem die Ausbildung ethischer Normen, die Willensentscheidungen und Handlungen regulieren können. Prozesse der *Mentalisierung* wurzeln grundsätzlich in (mikro)gesellschaftlichen Ko-respondenzprozessen zwischen Menschen, wodurch sich individuelle, *intramentale* und kollektive, *intermentale* „Repräsentationen“ unlösbar verschränken (*Vygotsky, Moscovici, Petzold*). Je komplexer die Gesellschaften sind, desto differenzierter werden auch die *Mentalisierungen* mit Blick auf die Ausbildung komplexer Persönlichkeiten und ihrer Theorien über Andere und über sich selbst, ihrer „theories of mind“ (of my mind and other minds). Und desto umfassender wird die Entwicklung komplexer Wissenschaftsgesellschaften selbst mit ihren Theorien- und Metatheorien neuro- und kulturwissenschaftlicher Art über sich selbst: *Hypermentalisierungen*. Es entstehen auf diese Weise permanente Prozesse der *Überschreitung* des Selbst- und Weltverstehens auf der individuellen und kollektiven Ebene, eine *transversale Hermeneutik und Metahermeneutik* als unabschließbarer Prozess« (*Petzold 2008b*).

Dabei muss man sich klar machen, dass nach integrativer Auffassung solche Mentalisierungen immer auch als ein Verleiblichungsgeschehen (*embodiment*) gesehen werden: Perzeptionen werden sensorisch aufgenommen, präfrontal kognitiviert und als kontextualisierte Gedanken hippocampal gespeichert, mit limbisch generierten Emotionen vernetzt und mit mimisch-gestischen Performanzen verbunden. Jedes Sozialisierungsgeschehen, auch das der Aneignung einer Profession in beruflicher Sozialisation, geschieht demnach in „**Mentalisierung und Verkörperung**“, d. h. in komplexem, leibhaftigem Lernen (*Sieper, Petzold 2002*), durch das ein „leiblicher Habitus“ ausgebildet wird. In behavioralen und tiefenpsychologischen Professionalisierungskonzepten wird dieser Aspekt bislang vernachlässigt (*Buchholz 1999; Laireiter 1999*). Im Integrativen Ansatz hingegen steht diese Konzeption der „*embodied professionalization*“ zentral, weil gerade in psychosozialem und therapeutischem Handeln die leibliche bzw. zwischenleibliche Kommunikation in ihrer verbal-nonverbalen Verflochtenheit (*Petzold 2004 h*) von eminenter Wichtigkeit ist.

Diese Konzepte der „**integrativen komplexen Lerntheorie**“ (Sieper, Petzold 2002) und der Theorie und Praxis der **integrativer Selbsterfahrung** (Petzold, Orth, Sieper 2006) in PatientInnenbehandlung und im professionellem Lernen als Aneignung des TherapeutInnenberufs muss man erlebt (*wahrnehmen, erfassen*) und verstanden (*verstehen, erklären*) haben, um ins *Handeln* zu kommen und

- a) seine eigenen Entwicklungs- und Veränderungsprozesse in der Selbsterfahrung zu verstehen und sich dadurch bewusst, gezielt und selbst-gesteuert zu entwickeln und um
- b) solche Prozesse als TherapeutIn in der Arbeit mit Anderen bewusst zu initiieren und mit einem fundierten „Praxissinn“ zu begleiten.

Das Anfertigen eines **Behandlungsjournals** muss in einem solchen Verstehensprozess gründen, und deshalb lohnt es sich, den Lernprozess der eigenen Ausbildung bewusst zu vollziehen und immer wieder auch theoretisch zu überdenken⁵⁹, um dann die „integrative Lerntheorie“ (Sieper, Petzold 2002) und klinische Veränderungstheorie⁶⁰ im eigenen Behandeln umzusetzen. Diese Umsetzung wird im Behandlungsjournal reflektiert dokumentiert, und das ermöglicht einen exzellenten **professionellen Habitus** und exzellente **praxeologische Performanz**, in der Theorie und Praxis im „*sens pratique*“ als ein „**Praxissinn**“ im (Praxiswissen und Praxisgefühl) verkörpert wird. Theorie und Methodik wird so selbstverständlich, geht gleichsam „in Fleisch und Blut“ über, dass qualitätsvolle, theoretisch **fundierte** Arbeit **souverän** vollzogen wird und „leicht von der Hand geht“. Damit ist, so hoffen wir, unsere Auffassung von **Theorie, Praxis, Praxeologie** als Theorie-Praxis-Verschränkung schon etwas deutlicher geworden. Wenn *Habermas* (1985, 389) seine Praxisauffassung sprachtheoretisch begründet: „Die gesellschaftliche Praxis ist sprachlich konstituiert“ (ibid.), so wird das – auf unseren Zusammenhang gewendet – auch bedeuten müssen, dass man sich die „integrative Fachsprache“ (wie das ja auch bei jeder anderen Disziplin erforderlich ist) aneignet, man ihr „Sprachspiel“ (*Wittgenstein*, vgl. *Petzold* 2010f) versteht und beherrscht. Wendet man das auf unsere Praxiskontexte an, so wird das auch an der Sprache der PatientInnen aus benachteiligten Schichten deutlich. Auch sie werden durch Habitus, verkörpertes Sozialisationsfeld mit ihren Sprachspielen und den darin enthaltenen Lebensauffassungen geformt. Man kann hier auch an *Antonio Gramscis* „*filosofia della praxis*“ denken, in der dieser große Theoretiker der Praxis affirmiert: „Für die Philosophie der Praxis kann das Sein nicht vom Denken getrennt werden“ (*Gramsci* 1999, 1457).

Theorie (wissenschaftliche wie alltagsgerichtete) ist die Verdichtung einer erlebnisgestützten, ganzheitlichen Repräsentation⁶¹ eines Wirklichkeitsausschnitts, der strukturell verdichtet und sprachlich/symbolisch gefasst wurde, um ihn zu beschreiben, zu verstehen und zu erklären. Damit wird antizipatorisches Planen und zukunftsgerichtetes konkretes Handeln ermöglicht, weil **Theorie** systematisch in die **Praxis** umgesetzt wird. So wirkt Theorie in die Praxis hinein als verhaltensbestimmendes Wissen (konstruktives wie deviantes). In professionelles Handeln umgesetztes „Fachwissen“ wird zu einer „eingreifenden Wissenschaft“ (Sieper, Petzold 2001c, d). Sie kann als interventionsgerichtete **Praxeologie** aus engagierter Verantwortung „dazwischen gehen“, wo Probleme belasten, weil sie die Problemlagen (hoffentlich) hinlänglich gut erfasst hat, weil sie verstanden hat, *warum* zum Beispiel, *wo* und *wie* Unrecht geschieht, Notlagen entstehen (*A. Leitner, Petzold*

⁵⁹ (man lese hierzu *Petzold, Leitner, Orth, Sieper* 2009; *Petzold, Orth, Sieper* 2006).

⁶⁰ (*Petzold* 1993p/2003a, 985-1048; *Petzold, Sieper* 2008c):

⁶¹ Wir sprechen von „Holorepräsentanz“, *Petzold* 2003a, 435)

2010; Sieper, Orth, Petzold 2010) und zwar genderbewusst und gendersensibel (Orth 2010; Petzold, Sieper 1998), was wiederum theoretischer Anstrengungen und auch Forschungsbezüge bedarf. Eine Theorie ist vor diesem Hintergrund betrachtet eine Gebrauchsanweisung zum systematischen, konzeptbasierten, „sinnhaltigen“ Umgang mit Weltausschnitten, die – wenn unmittelbares Feedback aus der Praxis erfolgt und sich die Theorie nicht dogmatisch verfestigt hat – Theorieanpassungen ermöglicht, wo sie notwendig sind, um Welt „poietisch“, praktisch-gestaltend, wirksam und nachhaltig zu verändern.

Dadurch entsteht **Praxeologie**.

*„**Praxeologie** wird gesehen als **Theorie der Praxis** einer ‘engagierten und eingreifenden Wissenschaft’ und als die kunstvolle und kreative Verschränkung von Theorie und Praxis, von Praxis und Theorie“ (Petzold 2000h)*

Das Konzept der Praxeologie lässt sich einerseits von der Praxis her „bottom up“ bestimmen oder von der Theorie her.

*„**Methodengegründete Praxeologien** sind durch Erfahrung, systematische Beobachtung und methodisches Erproben erarbeitete, in sich hinlänglich konsistente Formen und Wege praktischen Handelns. Durch **Methoden**, die als solche **reflektiert** wurden, sind Wissensbestände entstanden, ein Praxiswissen. Aus diesem können im Prozess seiner Elaboration theoretische Konzepte und Konstrukte generiert werden, die sich zu Theorien von zunehmender Komplexität entwickeln können, welche wiederum in die Praxis zurückwirken und diese zu verändern vermögen. Gleichzeitig werden auf der Grundlage elaborierter und damit konsistenter Praxis erst Forschung und Maßnahmen der Qualitätssicherung bzw. -entwicklung möglich, die für die Entwicklung von Verfahren, einer Disziplin und von Professionalität grundlegend sind.“ (Petzold 2000h)*

Neben dieser „Bottom-up-Definition“ des Theorie-Praxis-Verhältnisses in der **methodengegründeten Praxeologie** findet man auch „top-down“ entwickelte **theoriegegründete Praxeologien** (z.B. die klinisch angewandte Integrative Therapie mit ihrem theoretischen Fundament oder das psychodramatische Rollenspiel des komplexen psychosozialen Interventionsverfahrens von J.L. Moreno).

*„**Theoriegegründete Praxeologie** lässt sich bestimmen als eine theoriegeleitete, systematische Praxis in angewandten Humanwissenschaften, in welchen Praxis und Theorie sich in reflektierter Weise forschungsgestützt durchdringen“ (ebenda).*

Zwischenformen und Übergänge sind in unterschiedlichen Entwicklungsstadien von *Methoden* und *Verfahren* – wie zum Beispiel in der Suchtkrankentherapie - möglich. Ganz allgemein und unter einer Metaperspektive in einem „System der Humanwissenschaft“⁶² kann man **Praxeologie** als „Wissenschaft von der Praxis“ betrachten (vgl. Bourdieu 1976, 1980). Arbeitet man mit einer solchen Sicht und einem solchen Selbstverständnis, so wird man offen für neue Erkenntnisse, trägt zur Konzept- und Theorienbildung bei und zur Entwicklung von differenzierten Methoden und Behandlungstechniken, zu neuen **Praxeologien** und **Praxisprojekten** (vgl. Hartz, Petzold 2010), die auch Lebenslage und Möglichkeiten und Hindernisse der Partizipation (*capabilities*, Nussbaum 2000) in den Blick nehmen und Gender- und

⁶² („Tree of Science“, Petzold 2007a, 85, 2003a, 65).

Diversity-bewusst angehen muss⁶³. Auf diese Weise wird man kreativ bzw. *kokreativ* (Iljine, Petzold, Sieper 1971/1990) und inspiriert seine Patienten und Patientinnen für sich selbst, für ihre Lebenspraxis *kokreativ* zu sein bzw. zu werden, indem sie „**sich selbst zum Projekt**“ machen – eine zentrale Strategie integrativtherapeutischer Arbeit. Beispielhaft sei hier auf die für die Integrative Therapie charakteristische, weil in ihrem Rahmen entwickelte Methodologie der therapeutischen und agogischen „Arbeit mit kreativen Medien“⁶⁴ verwiesen oder auf die kreative willentherapeutische Arbeit – eine Entwicklung des Integrativen Ansatzes⁶⁵. Die Integrative Therapie hat in ihren vielfältigen, kreativen Entwicklungen in den vergangenen 40 Jahren dokumentieren können, dass die „schöpferischen Spiralen“ (Petzold, Sieper 1988b) von Differenzierung-Integration-Kreation“ und von „Theorie-Praxis-Forschung“ in höchstem Maße fruchtbar sind (Sieper, Schmiedel 1993).

4. Das Behandlungsjournal

„Bei jedem der vielen Behandlungsjournale, die ich gelesen und beurteilt habe, wurde mir deutlich, wie gut doch die Integrative Therapie verstanden wird und wie verständig und engagiert sie in der Praxis mit Menschen umgesetzt worden ist.“ - Johanna Sieper 2009

Das Behandlungsjournal wird in der Abschlussphase der Ausbildung, begleitet durch Supervision, erstellt. Es dokumentiert Prozesse in der Arbeit mit einem Patienten/einer Patientin, genderbewusst und gendersensibel⁶⁶ mit dem Ziel einen „sens pratique“ für die Integrative Therapie und ihre Arbeitsaufgaben und -felder zu entwickeln, einen fundierten integrativen „Praxissinn“, der eine elegante und wirksame, eine „**fundierte** und **souveräne**“ Praxis ermöglicht. Es wird im Journal die Viation/der Weg des Patienten, die Viation/Weg der Therapeutin, der gemeinsame Prozess dokumentiert. Wir sind von dem verdinglichenden Begriff „Fall“ abgegangen – Menschen sind keine Fälle – und wir verwenden ihn in den Journalen nicht, sprechen richtiger vom „Prozess“, in dem man mit den PatientInnen steht, folglich von einem „Prozessbericht“. Die Therapien erfolgen nach der therapeutischen „**Grundregel**“ der Integrativen Therapie (Petzold 2000, 2000a). Es ist erforderlich, sie vor Beginn der Arbeit zu lesen, sollen doch ihre Inhalte dem Patienten/der Patientin in den probatorischen Sitzungen vermittelt werden, damit die Therapie, wie **rechtlich vorgeschrieben** und auch für die Soziotherapie verbindlich, im „**informed consent**“ erfolgt⁶⁷ – im wechselseitigen Respekt (Sennet 2002) vor der „Andersheit des Anderen“ – so Levinas (1963). Mit Levinas sind wir auch vom Buberberschen „Ich und Du“ abgegangen auf der Grundlage der Haltung: „**Du, Ich, Wir – Wir, Du, Ich – im Kontext und Kontinuum**“, denn der „Andere ist immer vor mir“ (vgl. **Petzold 1996k**).

Auch dieser Text ist v o r der Arbeit zu lesen, verdeutlicht er doch noch einmal die besondere therapeutische Grundhaltung des Integrativen Ansatzes. Die „Therapeutische Beziehung“ ist in der Tat der wesentlichste Faktor der Therapie, aber durchaus nicht jede, sondern nur die, die bestimmte Qualitäten verwirklicht

⁶³ (Abdul-Hussain 2010; Abdul-Hussain, Baig 2009; Nussbaum, Sen 1993; Orth 2010).

⁶⁴ Der Begriff und die Methodologie der „kreativen Medien“ wurde von Petzold und Sieper 1965 in den Bereich der Psychotherapie eingeführt (Petzold 1965, Petzold, Orth 1990a, 1994a; Petzold, Brühlmann-Jecklin et al. 2007).

⁶⁵ (Petzold, Sieper 2008; Petzold, Orth 2007).

⁶⁶ (Abdul-Hussain 2010; Gahleitner, Ossola 2007; Orth 2010; Spilles, Weidig 2005)

⁶⁷ (Petzold, Sieper 2008; Leitner 2009).

(Petzold, Müller 2005 – ein Grundlagentext), nämlich konviviale Zugewandtheit, die wechselseitige Empathie und Sorge um die **Integrität** des Anderen ermöglicht! (ibid.). **Integrität** ist ein Kernmoment des Integrativen Ansatzes (Sieper, Petzold, Orth 2010 – wiederum ein Kerntext!). Die Beziehungsgestaltung ist – das Erbe Ferenczis fortführend – deutlich anders orientiert als das in vielen anderen Therapieschulen praktiziert wird (Renz, Petzold 2006), ausgerichtet an der Intersubjektivitätstheorie⁶⁸, an entwicklungspsychobiologischen Erkenntnissen, der Spiegelneuronenforschung, der Psychotherapieforschung⁶⁹. Im Behandlungsjournal soll das klinisch-praxeologische Wissen und die differentielle Methodik des Integrativen Ansatzes angewandt und umgesetzt werden. Neben der klinischen Status-Diagnostik (ICD, DSM), wird die Integrative „Prozessdiagnostik“ eingesetzt, ggf. mit „kreativ-medialen“ Diagnosetechniken (Osten 2002; Petzold, Orth 1994). Die „Netzwerkdiagnose“ ist ein *Muss*⁷⁰. Die Behandlung, die dokumentiert wird, soll also *lege artis* nach dem Verständnis der Integrativen Therapie erfolgen. Deshalb ist das Format – Langzeit oder Fokalthherapie (Petzold 1993p/2003, 985ff) – wichtig, werden die „Wege der Heilung und Förderung“, die die „Modalitäten“ und „Techniken“, die „Medien“, die Heilfaktoren, die zum Tragen kommen bzw. eingesetzt werden, dokumentiert, das Beziehungsgeschehen, die Gegenübertragungsreaktionen usw. Das Behandlungsjournal bietet ein Raster, das entlang der Lineatur des „Tree of Science“ (1992a/2003a, Bd. II) und der Praxeologie (idem 1991a/ 2003a, Bd. III; Petzold 1993h) konzipiert wurde. Es wird durch eine Therapie-Chek-Liste (siehe Anhang I) unterstützt Ein solches idealtypisches Raster soll dem Praxeologen bzw. der Praxeologin eine Leitlinie geben, seine/ihre Arbeit mit PatientInnen zu strukturieren und zu reflektieren. Wird einmal ein solches Journal gleichsam *paradigmatisch* erstellt, so beeinflusst diese Erfahrung – so eine Umfrage zu Akzeptanz und Effekt der Journale an unserem Institut – die Durchführung von Therapien nachhaltig. In ihnen wird die in der Ausbildung vermittelte Theorie und Praxis dokumentiert. Da neben der Einzelsupervision/Kontrollanalyse jeder Ausbildungskandidat an fortlaufenden Gruppensupervisionen und Theoriearbeitsgruppen teilnimmt, werden die Prozesse in vielfältigen Kontexten diskutiert, so dass es durch die Vernetzung von Informationen zu einem intensiven Theorie-Praxis-Prozess kommt, der die Qualität der therapeutischen Arbeit in besonderer Weise fördert.

Supervision bzw. Kontrollanalyse müssen in besonderer Weise den **theoriegeleiteten Einsatz** der „**Vier Wege der Heilung und Förderung**“, der **Modalitäten** (z. B. ergänzende Familie-/Netzwerkarbeit, Lauftherapie o. ä.) und vor allen Dingen der **14 Wirkfaktoren** begleiten, denn dadurch werden gezielte Verbesserungen in der Therapiewirksamkeit erzielt (vgl. 10).

AusbildungskandidatInnen sollten das von ihren SupervisorInnen abfragen. Wir meinen, dass eine solche Elaboration des Einsatzes von Heilfaktoren unbedingt angestrebt werden muss, geht es doch um die Heilungschancen und das Wohlergehen unserer Patienten und KlientInnen. Die Check-Liste (Anhang I) kann hier gute Hilfen liefern.

⁶⁸ (M. Bachtin, E. Levinas, G. Marcel, vgl. Petzold 1990g, 2003a, 781ff)

⁶⁹ (Petzold, Müller 2005; Petzold, van Beek, van der Hoek 1994; Petzold, Märtens 1999)

⁷⁰ (deskriptiv Hass, Petzold 1999; semiprojektiv Müller, Petzold 1998).

Die Besonderheit der Behandlungsjournale – und das unterscheidet sie von den üblichen „Fallberichten“ – liegt darin, dass sie nach einem elaborierten, theoriegeleiteten und forschungsgestützten Modell erstellt werden, das wie folgt aufgebaut ist:

Behandlungsbericht

Anleitung zur Erstellung eines Behandlungsjournals für AusbildungskandidatInnen von EAG/FPI

Der Behandlungsbericht soll dokumentieren, daß der Kandidat eine integrative Behandlung im „dyadischen Setting“ (Einzeltherapie) aufgrund von Anamnese, Diagnose/Theragnose⁷¹, konsensueller Zielvereinbarung, Therapieplanung in einem therapeutischen Rahmencurriculum *lege artis* durchgeführt hat. Der Behandlungsbericht soll wie folgt aufgebaut sein:

1. Feststellen des Hilfeersuchen und der Erwartungen des Patienten/der Patientin an die Behandlung (expliziter und impliziter Auftrag)
2. Diagnose nach ICD-10 bzw. DSM-4
3. Biographische Anamnese
4. Karriereanamnese
5. Prozessdiagnostische Erhebung (vgl. *Petzold* 1993p; *Petzold, Osten* 1998; *Osten* 2000) mit Lebensweltanalyse, Netzwerkanalyse, Leibfunktionsanalyse. Probleme, Ressourcen, Potentiale (PRP), Identitätsbereiche usw. müssen exploriert werden.
6. Ätiologische Überlegungen (zur Genesetheorie, Belastungsfaktoren, Defiziten, aber auch zu protektiven Faktoren, Resilienzen, zu Kontinuitäten und Diskontinuitäten im Lebenslauf) begründen den Behandlungsplan bzw. ein *therapeutisches Rahmencurriculum*, in dem Probleme, Ressourcen und Potentiale erhoben und differenzierte Ziele und Inhalte erarbeitet werden (*Petzold, Leuenberger, Steffan* 1998) mit den „Patienten als Partner“ (*Petzold, Orth* 1999, 363)
7. Behandlungsverlauf dokumentiert durch folgende Aspekte:
 - I. Prozess des Patienten (*Viation I*): Übertragung, Widerstände, Kontakt, Begegnung, Beziehung, Bindung, Abwehrvorgänge, Kooperationsformen, Ressourcenaktivierungen, Motivation, persönliche Zielsetzungen und Zielrealisierungen, Rollenangebote, Netzwerke, Einbezug von „social worlds“.
 - II. Strategien des Therapeuten (*Trajekt*): Wege der Heilung und Förderung (1-4), 14 Heilfaktoren (**welche Faktorenkombination eingesetzt wurden und dies begründen**, vgl. *Petzold* 1993p), Auswahl und Einsatz von Methoden, Techniken, Medien und Modalitäten (*Petzold* 1993h), Bearbeitung von Pathogenesefaktoren und Nutzung von Salutogenesefaktoren (*Petzold, Steffan* 2000), Analyse und Neubewertung von Ressourcen, Selbstwirksamkeit, Kontrollüberzeugungen; Nutzung zentraler Behandlungsstrategien; Vereinbarung von kurzfristigen, mittelfristigen, langfristigen Therapiezielen; Planung und Beobachtung des Behandlungsverlaufs; prozessuale Bestimmung der Behandlungsziele an Hand der festgestellten Probleme, Defizite, aber auch der Potentiale und Ressourcen.
 - III. Die Prozesse des Therapeuten (*Viation II*): Übertragung/Gegenübertragung, partielles Engagement und selektive Offenheit, Involvierung, Metareflexion, genderspezifische Reaktionen, Belastungen, angetönte eigene Themen, Antwort auf Rollenangebote, Definition der eigenen Rolle, eventuelle Bezüge zu anderen laufenden Therapien, Netzwerke im Bezug, Einbezug von „social worlds“, Ressourcenlage.
8. Therapieverlauf, Darstellung der Beziehungsdynamik, der Kooperation, der Foki, die behandelt werden (*Petzold* 1993p), Fokusrotation, Schwierigkeiten, Probleme und Krisen, positive Entwicklungen und Erfolge, Transferarbeit, d.h. Vorbereitung und Begleitung der Umsetzung von Erkenntnissen und Entscheidungen, Transferbegleitung, Wirkung ins soziale Netzwerk, Einbezug des sozialen Netzwerkes,
9. Traumabearbeitung, Trauerarbeit (Simplex-, Duplex-, Triplexniveau, *Petzold* 1988n, 233f), Kontrollüberzeugungen und Attributionen, kognitive und emotionale Umwertungen, Modifikation devianter Wertewelten und toxischer Überich-Strukturen).
10. Flankierende Maßnahmen „bimodaler Therapie“ (Entspannungs- und Lauftherapie, Ergotherapie, Bildungsangebote).
11. Abschluss, Ergebnisse, katamnesticches Nachgespräch.
12. Vorbereitung der Beendigung.
13. Abschluss
14. Hilfen bei einer event. Epikrisis

⁷¹ Jedes therapeutische Geschehen impliziert von Moment zu Moment ein diagnostisches Erfassen, deshalb wird auch von „Theragnose“ gesprochen.

Um sich bei der Arbeit mit dem Patienten „im Prozess“ immer wieder orientieren zu können, haben wir im Anhang I zu diesem Beitrag eine IT-Checkliste beigegeben, mit der man die eigene Arbeit überprüfen kann (aus *Petzold* 2005d bzw. 2008d).

Die Darstellung des Prozesses im Journal soll immer wieder mit Bezug auf die relevante *Literatur* des Integrativen Ansatzes, der klinischen Psychologie und angrenzender relevanter Disziplinen theoretisch reflektiert und kommentiert werden.

Das heißt, dass in den Text Literaturverweise eingearbeitet werden müssen, ein Literaturverzeichnis erstellt werden muss (in der richtigen, wissenschaftlichen Zitierweise und mit den korrekten Siglen [Kennzeichnung z. B. durch Buchstaben: *Petzold* 2003a, 2003g], wie bei wissenschaftlichen Bibliographien üblich etwa: *Lewin* 1943a, 1943b zwei wichtige, sich ergänzende feldtheoretische Arbeiten; oder *Freud* 1915b, „Zeitgemäßes über Krieg und Tod“, kulturtheoretisch bedeutsam und 1915e, ein Markstein seiner Theorie). Ein englisches Summary mit 5 Keywords, die deutsche Zusammenfassung (jeweils unter Einfügung der Überschrift) mit den entsprechenden 5 Schlüsselwörtern wird erstellt.

Methodische Reflexion, wie sie in den Journalen geschieht, gründet in theoretischer Auseinandersetzung auch und gerade bei der Umsetzung in die Praxis, die natürlich eine gute Kenntnis der Theorie erfordert, was dazu führt, dass im Praxiskontext auch wieder Theorie generiert wird. Der theorielose oder gar theoriefeindliche Praktiker entbehrt die Vorhersagequalität, die Theorie ermöglicht, er kann in der zu strukturierenden Wirklichkeit nicht kompetent *navigieren*, verfügt über kein Wissen über „best practice“, sondern steht in Gefahr sich von Mythen und Ideologemen leiten zu lassen, wie man das oft auch in traditionellen Therapieverfahren findet, oder fachlich fragwürdig zu agieren, „riskante Therapie“ zu betreiben oder gar Schäden zu verursachen (*Märtens, Petzold* 2002). In der IT wird dagegen ein Forschungsbezug favorisiert und darauf Wert gelegt, dass die verwendeten theoretischen Konzepte von Forschung abgesichert und an Forschung anschlussfähig sind (etwa Forschung aus der Entwicklungspsychologie, klinischen Psychologie, den Neurowissenschaften, *Petzold et al.* 1994; *Sieper* 2007b). Gute Therapie erfordert also eine gute, solide Theoriekenntnis und damit auch die Kenntnis der eigenen Leittheorie. Diese ist durch das von *Petzold* inaugurierte und differenziert ausgearbeitete Modell eines "**Tree of Science**" als metahermeneutischer Folie für die Theorie und Praxis der Integrativen Therapie⁷² strukturiert und hat durch die Forschung Bestätigung erfahren (*Petzold, Hass et al.* 2000; *Leitner* 2010). Um die Theorie gut zu erfassen und zu erschließen wurden im Werk von *H.G. Petzold* die therapierlevanten Theoriebereiche systematisch ausgearbeitet, so dass das Gesamtwerk unter diesem Theoriestrukturmodell zu sehen ist. Deshalb wurde für eine bessere Orientierung eine mit genauen Siglen gekennzeichnete wissenschaftliche Gesamtbibliographie erstellt, in die jedes Jahr die Neuveröffentlichungen eingepflegt werden⁷³. Wichtige Texte werden in das „Textarchiv Petzold und MitarbeiterInnen“ gestellt⁷⁴ oder im Internetarchiv **Polyloge** veröffentlicht, so dass die Theorie gut zugänglich ist. Eine Zusammenstellung ihrer **Kernkonzepte**⁷⁵, die kontextualisiert erläutert (2008g) und mit dem Blick auf das

⁷² (*Petzold* Bd. II, 2, 1992a, S. 457-647/2003a, S. 383 – 514, 2008)

⁷³ (z. B. *Polyloge* 01/2009, *Petzold H.G.*: Gesamtbibliographie H.G. Petzold 1958–2009 Updating November 2009 <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/index.php>)

⁷⁴ <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/index.php>)

⁷⁵ (vgl. 2002 b <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-2002b-update-2006-02-2002-petzold-h-g.html>).

Gesamtwerk erklärt werden⁷⁶. Die Integrationstheorie des Integrativen Ansatzes macht dann deutlich, wie **integriert** wird⁷⁷. wie sie in den Graduierungsarbeiten oder Masterthesen erfolgt, die jeder Ausbildungskandidat zusätzlich schreibt, erweist sich hier nicht als eine Maßnahme verschulter Ausbildungsfront. Sie dokumentiert vielmehr eine Faszination an *differentieller, transversaler* Theoriearbeit, an einem Umgehen mit der Praxeologie und ihren intermedialen Möglichkeiten, die *kreativ/kokreativ* ist (die Arbeit erfolgt ja als schöpferische Zusammenarbeit mit den PatientInnen). Sie erfolgt auf der Basis einer bejahten ethischen Grundhaltung der Gewährleistung von **Integrität**⁷⁸, wie sie die „Grundregel“ der Integrativen Therapie formuliert hat.

Die PatientInnen müssen natürlich zur Erstellung des Journals informierte Zustimmung geben (*Leitner* 2009), auch zu seiner Veröffentlichung. Des ungeachtet müssen die Journale zusätzlich kompetent **anonymisiert** werden. Namen, Geburtsdaten, Örtlichkeiten sind zu verändern (ggf. Berufe leicht, Autoschlosser wird z. B. Lackierer, Motorentechner etc.). Diese eher technischen Aspekte sind aber im Sinne des PatientInnenschutzes und der professionellen Ethik wesentlich. Das Journal wird vom betreuenden Supervisor und einem zweiten Lehrtherapeuten begutachtet und angenommen oder mit Auflagen zur Nachbearbeitung versehen. Es ist ein Dokument, durch das die AusbildungskandidatInnen ihre therapeutische Kompetenz nachweisen.

Das nachstehenden Journal von **A. Patel** ist ein Beispiel. Andere Beispiele finden sich in dem Internetarchiv „**Behandlungsjournale**“ – ein passwortgeschütztes Archiv⁷⁹. Durch dieses Archiv wird ein „*body of knowledge*“ aufgebaut, der dem ganzen Feld Integrativer Therapeuten und Therapeutinnen zu gute kommen wird.

Teil II:

Eine integrativtherapeutische Karrierebegleitung eines Patienten mit emotional instabiler Persönlichkeit vom Borderline-Typus, Protrahierter PTBS und Suchtproblematik (multipler Substanzgebrauch)

Andrea Patel*

1. Einleitung

Die Grundlage für das Verfassen dieses Behandlungsjournals (*Orth, Petzold* 2004) war, bedingt durch die nicht unbedingte Freiwilligkeit der Absolvierung einer VDR-

⁷⁶ (vgl. den Kerntext: 2007h "Randgänge der Psychotherapie - polyzentrisch vernetzt Einführung zur Gesamtbibliographie" <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/index.php>)

⁷⁷ (Vgl. *Petzold* 2007q und besonders *Sieper* 2007/2010)

⁷⁸ (*Moser, Petzold* 2003; *Petzold, Orth, Sieper* 2010; *Sieper et al.* 2010)

⁷⁹ <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-behandlungsjournale>

* Das Behandlungsjournal wurde von Prof. Dr. *Johanna Sieper* und Dr. med. *Susanne Orth-Petzold*, Dipl. Sup., beurteilt, angenommen und ediert.

Anerkennung, eine ganz klare extrinsische Motivationslage. Nun, nach kurzer anfänglicher Skepsis, halte ich die Integrative Therapie für die Methode der Wahl bei suchtkranken Menschen. Durch meine tanz- und leibtherapeutische Arbeit und mein mir ganz eigenes Verständnis dieses Klientels habe ich sehr profitiert von den gelungenen Koexistenzen verschiedenster Einflüsse und habe Respekt vor diesem Konglomerat an in sich geschlossenen und klaren und doch sehr bewegten und stets sich öffnenden Erkenntnissen. Was mir ebenfalls gefällt, sind der wissenschaftliche Anspruch und die Bereitschaft zur Überprüfung und zur eventuellen Falsifizierung, wenn es erforderlich scheint. Dies hat mich an den „Schulenstreitigkeiten“ während meiner gesamten therapeutischen Laufbahn stets gestört. „Ein bisschen über den jeweiligen Tellerrand schauen, hat noch keinem geschadet... wenn's denn hilft“.

Nach Beginn der Recherche, welchen „Fall“ - welchen „Prozess“, sagt man im Integrativen Ansatz, um das verdinglichende „Fall“ zu vermeiden – ...welches Thema...ich angehen wollte und in der Entscheidung für diesen „Prozess“ habe ich einen sekundären Profit als intrinsisches Moment entworfen und diese Motivationslage (Jäckel 2001) mit einer Willensentscheidung und Willensumsetzung ausgestattet, so dass ein Arbeitsprozess in Gang kommen konnte, der mit Willenspersistenz auch zu einem Ergebnis führen kann – so das Konzept der Integrativen Willenstherapie (Petzold, Sieper 2008). Einer meiner Träume...ein Projekt, was mich immer mal wieder heimsucht, ist die eventuell doch noch zu absolvierende Doktorarbeit, da mir das Forschen an der Universität doch sehr viel Vergnügen bereitet hatte.

Eines meiner Hauptanliegen ist es schon sehr lange, die Suchttherapie und ihre Behandlungsmodule auszudehnen, zu verlängern und die Hypothese eines möglicherweise erfolgreicherem Resultats hinsichtlich Lebensqualität und abstinente Lebensalternativen bei Drogenabhängigen zu überprüfen, was mit einem Gewinn an „persönlicher Souveränität“ (Petzold, Orth 1998a) einhergeht. Die idealtypische Variante umfasst in meiner Vorstellung eine zeitlich hinlänglich ausreichend stationäre Phase, welche nach Abklingen des ersten Motivationsschubs in ein verändertes Setting übergeht (Adaption/Tagesklinik) und danach in eine intermittierende sequentielle, auf das Bedürfnis der KlientInnen abgestimmte Karrierebegleitung mündet. Diese Inhalte im Konzept der Integrativen Therapie fest verankert zu finden, hat mich wieder einmal mehr an meine Wurzeln und Überzeugungen zurück gebracht, obgleich sie mich auch in eine Krise bezüglich meines Verbleibs in der mich beschäftigenden Einrichtung brachte.

Ich arbeite seit 1989 im Therapieverbund der AGJ. Bis 2007 habe ich als Honorarkraft die Theaterarbeit und das körpertherapeutische Angebot der Indikation Tanztherapie geleitet; ab 2005 auch in der neu eröffneten Tagesklinik in Karlsruhe - Durlach. 2007 habe ich eine 50% Stellenvertretung als Diplompsychologin auf der Aufnahme- und Diagnostikstation und 50% in der Tagesklinik- Durlach angenommen.

Diese Form des Stellensplittings war von höchst interessanter Natur für mich. Ich habe dadurch den Prozess mancher KlientInnen vom Moment ihrer durch mich erfolgten Aufnahme in der Stammklinik bis zu ihrer Verlegung in die tagesklinische Behandlungsphase und in einigen Fällen auch darüber hinaus in der Selbsthilfearbeit begleitet. Durch die Teilnahme an Therapieplanungskonferenzen, einem Instrument zur individuellen Behandlungsplanung, konnten die Prozesse in

nicht wenigen Fällen prospektiv gebahnt werden. Dies habe ich als sehr innovativ und richtungsweisend erlebt.

In den überwiegenden Fällen herrscht, zumindest in unserer Einrichtung, eine eher konservative Haltung, was die Möglichkeiten alternativer Behandlungsformen und auch die Realisierung potentieller Freiheitsgrade angeht. Die Überzeugung, dass das Mittel der Wahl die möglichst lange Verweildauer in der vollstationären Phase zum Abstand gewinnen und anschließend eine weit weg vom Herkunftsort, so lange es geht, weiterhin die Verweildauer hinauszögernde Nachsorge sei und dass der oder die Drogenabhängige unbedingt durch institutionelle Struktur, Strenge und auch, wenn nötig Härte, geschützt werden muss ist immer noch Gang und Gebe. Haltungen, welche eine Drogenabhängigkeit nachgewiesenermaßen als nichtlineare, mit Rückschlägen, Rückfällen und immer neuen Schleifen der innerpsychischen Bewusstwerdung und Sinnfindung im Prozess betrachten, sind zumindest bei uns rar gesät.

Man muss sich dann mein Erstaunen vorstellen, als ich während meiner Fortbildung einmal kurz heraus getreten bin aus meiner Kampfhaltung und Schutzstrategie und mein Blick ganz wundersame Übereinstimmungen mit meinen Denkweisen und Überzeugungen gestreift hat. Da lese ich schwarz auf weiß geschrieben, was ich für ein Ding der Unmöglichkeit gehalten hatte in meinem Arbeitsfeld, und noch erstaunlicher, dieser Artikel stammt aus dem Jahre 1991:

Der vorliegende Text ist eine Neufassung des Artikels von *Petzold/Hentschel* von 1991, der mit dem Konzept der langfristigen „intermittierenden Karrierebegleitung“ ein theoriegeleitetes, am „lifespan developmental approach“ der klinischen Entwicklungspsychologie (*Petzold* 1994, 1999; *Oerter et al* 1999) orientiertes, neues Paradigma in der Drogentherapie begründete. ...Jahre nach seiner Veröffentlichung stehen die dort vertretenen Positionen in unveränderter Aktualität da, zumal sich die „Landschaft“ der Drogenszene in einer Weise entwickelt hat, die die Betrachtungsweise dieses Beitrages vollauf bestätigt und die seitdem gewonnenen klinischen Erkenntnisse und Forschungen (*Petzold, Märten*s 1999) die Positionen der Arbeit von 1991 unterstreichen. (*Petzold H.G., Hentschel, U.: Schay, P.; 2007; S.77*)

Meine höchst persönliche Problematik mit den, meines Erachtens allzu rigiden und restriktiven Strukturen der stationären Phase hält mich schon immer im „Außen“ und katapultiert mich stets vor die KlientInnen ohne in co-abhängige Muster zu fallen. Ich arbeite hier in einem immensen Spannungsfeld zwischen strukturellen Vorgaben und den Interessen der KlientInnen im Sinne der Gewährleistung ihrer **Integrität** (*Sieper et.al.*). Meine Auseinandersetzung mit diesem Spagat hat sich durch die Teilnahme an diesem Ergänzungscurriculum um vieles potenziert. Eine Unvereinbarkeit sondergleichen tat sich auf, und ich habe dadurch, dass ich erstaunt bemerken musste, dass es Einrichtungen gibt, welche nach der Integrativen Theorie und Praxeologie konzipiert sind (*Scheiblich, Petzold* 2006; *Petzold, Schay, Ebert* 2004) auch für eine Zeit lang meinen Kampfgeist verloren. Bislang bin ich davon ausgegangen, dass diese Methodik bestimmt implementiert worden wäre, falls sie sich in der Suchtkrankenhilfe als effizient erweisen würde. Weit gefehlt, bei uns ist sie nicht üblich und wohl auch nicht erwünscht. Es galt nun, die Freude über das Wiedererkennen aller in mir ruhenden Überzeugungen bezüglich meines

therapeutischen Handelns und dem sofortigen Wohlgefühl in der Ausbildungsgruppe zu behalten und nicht daran zu verzweifeln, dass einen ansonsten keiner zu verstehen scheint. „Nischen finden“ lautet die Devise.

Das ist der Grund, warum ich mit immer noch großem Engagement und wachsender Begeisterung in der tagesklinischen Phase angesiedelt bin und meine integrative therapeutische Arbeit hier auch vertiefend anbieten kann. Ich arbeite mit meinen KlientInnen auch auf eine mögliche Weiterbegleitung mit unterschiedlichen, sequentiell nötigen zeitlichen Frequenzen hin, sei es im Rahmen der Selbsthilfegruppe oder in Hinblick eines möglicherweise bald im Konzept verankerten und von den Leistungsträgern finanzierten ambulanten Moduls der Nachbetreuung.

2005 habe ich mit einer kleinen Gruppe KlientInnen die der Tagesklinik angegliederte Selbsthilfegruppe gegründet. Ziel war es unter anderem, die Nähe zum therapeutischen Setting aufrecht zu erhalten und im Weiteren, ein Netzwerk zu schaffen für die KlientInnen untereinander und im Besonderen als Starthilfe für die NeubürgerInnen aus den Nachsorgewohnungen. Dies hat einen wirklich bemerkenswerten Effekt gehabt und ein mittlerweile relativ großes Netzwerk mal mehr oder weniger zuverlässiger Präsenz geschaffen.

2. Die Institution

2.1. Die AGJ

Der AGJ - Fachverband für Prävention und Rehabilitation in der Erzdiözese Freiburg e.V. ist ein caritativer Fachverband mit den Aufgabenbereichen Suchthilfe und Suizidprävention, Wohnungslosenhilfe sowie Kinder -und Jugendschutz. Im Bereich der Suchthilfe gehören zum Verband:

- Das Fachreferat mit den Aufgaben Koordination, Fachberatung und -entwicklung, Verbandsvertretung auf Landesebene
- Acht Suchtberatungsstellen, zwei Jugend -und Drogenberatungsstellen und ein Kontaktladen. Sie bieten Hilfen bei riskantem Gebrauch und Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten und illegalen Drogen an
- Angebote für Kinder von Suchtkranken
- Fachstellen zur psychosozialen Begleitung für Substituierte aus den angrenzenden Landkreisen in der Schwerpunktpraxis Freiburg
- Aufsuchende Sozialarbeit in der Justizvollzugsanstalt Freiburg
- Ca. 35 Plätze „Betreutes Wohnen“ in Emmendingen, Freiburg, Konstanz und dem Ortenaukreis
- Drei Fachkliniken zur stationären Entwöhnungsbehandlung (Rehaklinik St. Landelin in Herbolzheim-Broggingen mit 60 Plätzen für suchtkranke Männer; Rehaklinik Lindenhof in Schallstadt bei Freiburg mit 60 Plätzen für suchtkranke Frauen und ihren Kindern; Rehaklinik Freiolsheim mit 80 Plätzen für drogenabhängige Männer und Frauen, ebenfalls mit der Möglichkeit, die Kinder mitzubringen)
- Die Tagesklinik der Rehaklinik Freiolsheim in Karlsruhe-Durlach
- Adaptionseinrichtung und Integrationszentrum Lahr

- Ca. 40 Selbsthilfegruppen und vier Elternkreise, welche an die Suchtberatungsstellen und Kliniken angeschlossen sind. Darüber hinaus besteht eine enge Zusammenarbeit mit den etwa 30 Kreuzbund-Gruppen in der Diözese

Der Verband bietet mit seinen Einrichtungen ein leistungsfähiges Angebot der Prävention und Rehabilitation. Grundlage dafür ist die partnerschaftliche Kooperation mit allen psychosozialen und suchtmmedizinischen Leistungserbringern der jeweiligen Region und den Leistungsträgern sowie eine kontinuierliche Qualitätsentwicklung. Die Rehakliniken und das Referat Suchthilfe sind zertifiziert nach DIN/EN ISO 9001:2000. (Jahresbericht 2008)

2.2. Die Rehaklinik Freiolsheim

2.2.1. Die Stammeinrichtung in Gaggenau-Freiolsheim

In der Stammeinrichtung werden drogen-, alkohol- und medikamentenabhängige Männer und Frauen ab dem 18. Lebensjahr vollstationär behandelt. Die Behandlungsdauer orientiert sich individuell an der Problemlage des Einzelnen und beträgt zwischen 3 und maximal 12 Monate. Die Therapiezeit orientiert sich an der Vorbehandlung, an den in die Therapie eingebrachten Ressourcen und der noch bestehenden sozialen Einbindung sowie der persönlichen Entwicklung während des Therapieprozesses.

Ziel der Behandlung ist die Förderung der Teilhabe der PatientInnen am Arbeitsleben sowie die Resozialisierung in die Gesellschaft. Besondere Bedeutung hat hierbei die Ablösung von Suchtmitteln und die Gewinnung der körperlich-geistig-seelischen Gesundheit (Jahresbericht 2008).

Neben der Aufnahme- und Diagnostikstation bestehen zwei weitere Stationen zur intensivtherapeutischen Langzeitbehandlung. Auf der 2007 neu eröffneten Kurzzeit- und Kombitherapiestation werden PatientInnen behandelt, welche beruflich und sozial noch integriert sind. Hiernach kann sich auch eine tagesklinische Behandlung im Rahmen einer Kombitherapie anschließen.

Auf dem Klinikgelände in einem gesonderten Areal befindet sich die Familienstation für Familien mit Kindern, sowie alleinerziehende Mütter und Väter mit Kindern. Schwangere Frauen können ebenso auf dieser Station aufgenommen werden. Die Kinder vom Säuglings- bis ins Schulalter werden mitbehandelt, wohnen bei ihren Eltern und besuchen bei entsprechendem Alter neben dem hauseigenen Kindergarten den örtlichen Kindergarten sowie die Grundschule in Gaggenau-Michelbach. Für ältere Kinder besteht die Möglichkeit, weiterführende Schulen in Gaggenau zu besuchen (Jahresbericht 2008).

Alle Einrichtungen der Rehaklinik Freiolsheim arbeiten nach familien- und verhaltenstherapeutisch orientierten Konzepten. Das Team besteht aus unterschiedlichen Berufsgruppen und bietet ein hohes fachliches Qualifikationsniveau. Durch die Teilnahme am Weiterbildungscurriculum zum Sozialtherapeut - Sucht in der Methode der Integrativen Therapie zur VDR-Anerkennung werden diese Ausbildungsinhalte wohl Einzug in die Konzeption halten. Das therapeutische Angebot umfasst neben einzel- und gruppentherapeutischen Programmen ein Angebot an arbeitstherapeutischen und schul- bzw. berufsbildenden Maßnahmen. Ein weiteres Standbein des Therapiekonzeptes ist ein umfangreiches indikatives und freizeitpädagogisches

Angebot, welche die häufig defizitären Interessen und Freizeitkompetenzen verbessern soll (Jahresbericht 2008).

2.2.2. Adaptionseinrichtung Lahr und Integrationszentrum

In der Adaption stehen die Außenorientierung und das Heranführen der PatientInnen an die Bedingungen der Alltagsrealität im Vordergrund. Durch Praktika in Betrieben, Teilnahme an Sport- und Freizeitgruppen und durch vermehrte Außenkontakte bei gleichzeitiger intensiver Betreuung soll der schwierige Übergang von der stationären Phase in die nachstationäre Zeit abgemildert werden. Die Adaption ist insbesondere für PatientInnen geeignet, die nicht über ein stabiles soziales und berufliches Netzwerk verfügen und an einem anderen Ort eine neue berufliche und soziale Orientierung suchen.

Diese Therapiephase hat im Rahmen des Gesamtkonzeptes als Realitätsprüfung einen besonders hohen Stellenwert. Hier erleben die PatientInnen die direkte Konfrontation mit der Lebensrealität unseres Alltags. Die Alltagsdroge Alkohol, Diskotheken- und Kneipenbesuche und andere für Drogenabhängige problematische Begegnungen finden hier statt (Jahresbericht 2008).

2.2.3. Betreutes Wohnen

Teil des Integrationszentrums ist auch das Betreute Wohnen in Lahr und Offenburg. Weit über die Hälfte aller PatientInnen, die die Adaptionsphase durchlaufen, entscheiden sich nach der Therapie nicht direkt für die eigene Wohnung, sondern im Sinne einer Absicherung ihrer Abstinenz für den Weg über das betreute Wohnen. Arbeitsintegration, soziale Integration und nicht zuletzt die Freizeitgestaltung sowie die ständige Auseinandersetzung mit Rückfallgefährdungen stehen im Fokus der Begleitung im Betreuten Wohnen (Jahresbericht 2008).

2.2.4. Tagesklinik in Karlsruhe-Durlach

Mit dem Angebot einer tagesklinischen Behandlung wird das Angebot der Rehaklinik Freiolsheim abgerundet und bietet so im Rahmen der medizinischen Rehabilitation von Drogenabhängigen optimale Voraussetzungen für die Wahl individueller Behandlungswege.

Die Absolvierung einer ganztägig ambulanten Rehabilitationsphase eignet sich insbesondere für PatientInnen, die nach der stationären Phase in ihr altes Umfeld zurückkehren. Dort können sie intensiv während der ersten Monate der Reintegration begleitet werden. Die Konfrontation mit dem alten Umfeld, aber auch die wieder erlebten Problemlagen, die während der stationären Phase häufig aus dem Blick geraten, können realitätsnah vor Ort und durch das Behandlungsangebot 6 Tage in der Woche zeitnah und bedürfnisorientiert bearbeitet werden (Jahresbericht 2008).

3. Prozessdarstellung und zeitlicher Überblick über den Beginn der Karrierebegleitung

Um die Sinnhaftigkeit einer sequentiell differentiell benötigten, intermittierenden Karrierebegleitung zu veranschaulichen, beschreibe ich die Behandlung von Herrn C. Zu Beginn gebe ich einen kurzen Überblick über den zeitlichen Verlauf und die wichtigsten formalen Aspekte aller früheren Maßnahmen bis zur erneuten und momentan noch andauernden Aufnahme der ambulanten Behandlung im November 2009. Anschließend fahre ich mit der Diagnostik im herkömmlichen Sinne und mit der erweiternden prozessualen Diagnostik der Integrativen Therapie fort, und werde dann 8 exemplarische Sitzungen dokumentieren unter dem Aspekt der 4 Wege der Heilung und Förderung (*Petzold 1988*) und der Verwendung der 14 Heilfaktoren (*Petzold 1993*).

3.1. Frühere Behandlungsversuche

3.1.1. Haus Renchtal und therapeutische WG Appenweiher 1992

3 Monate vollstationär zur Behandlung einer diagnostizierten Alkoholabhängigkeit, anschließend zwei Monate betreutes Wohnen. Die Maßnahme wurde regulär beendet.

3.1.2. Münchwies. 1996

3 Monate vollstationär in der psychosomatischen Abteilung wegen Depressionen, ebenfalls regulär abgeschlossen.

3.1.3. Eiterbach 2002

Hochgradig unter Psychopharmaka angetreten mit den Diagnosen Borderlinestörung und Narzisstische Persönlichkeitsstörung. Nach kurzer Zeit Therapieabbruch wegen Rückfälligkeit.

3.2. Beginn im Therapieverbund der Rehaklinik Freiolsheim

3.2.1. Aufnahme in der stationären Therapiephase 2007

zur vollstationären Behandlung für 24 Wochen (Rentenversicherung Bund). Diese Behandlungsphase wurde regulär abgeschlossen und mündete in die

3.2.2. Aufnahme in die Tagesklinische Phase 2007

zum teilstationären Ausklang.

Nach Beantragung einer Verlängerung erhalten wir eine Ablehnung durch den Leistungsträger. Die tagesklinische Behandlung endet somit nach zwei Monaten. Mit Herrn C. werden ambulante Einzelgespräche und die Teilnahme in der von mir geleiteten Selbsthilfegruppe vereinbart, da er sich noch nicht in ausreichendem Maße stabilisiert fühlt.

3.2.3. Beginn der ersten ambulanten Behandlungssequenz

Diese erste Sequenz regelmäßiger wöchentlicher Einzelgespräche und der Teilnahme an unserer höchst intensiven und ausschließlich intrinsisch motivierten, sehr therapieerfahrenen Gruppe dauert von September 2007 bis August 2008. Etwa im Juni 2008 lernt Herr C. eine Frau kennen und verliebt sich. Im September 2008 beginnt Herr C., Soziale Arbeit an der Fachhochschule Mannheim zu studieren.

Im September bittet Herr C. darum, mit seiner Partnerin ein paar Stunden kommen zu können, weil er hier Hilfe benötigt und nicht mehr weiter weiß.

3.2.4. Beginn der zweiten Behandlungssequenz (Paarbehandlung)

Diese Sequenz wird von mir hauptsächlich integrativ und körpertherapeutisch begleitet seit Oktober 2008 und dauert in einer Frequenz von einem Termin etwa alle drei Wochen bis heute an.

Seine Einzeltherapie hat Herr C. im Januar 2009 beendet mit dem Wissen, dass er jederzeit auf die Möglichkeit der Wiederaufnahme seines therapeutischen Prozesses zurückgreifen kann.

3.2.5. Beginn der dritten Behandlungssequenz

Im November 2009 bat Herr C. mich um erneute Termine für Einzelgespräche. Ich besprach mit ihm die Idee, seine Behandlung als Prozessdarstellung für meine Fortbildung zu verwenden und er gab mir hierfür sein Einverständnis.

4. Expliziter und impliziter Auftrag

Herr C. nannte bei der erneuten Aufnahme unserer Einzelgespräche den Wunsch, seine vielen „Baustellen“ zu sortieren und ihn sozusagen zu „supervidieren“. Er komme mit all den Anforderungen an ihn nicht mehr klar. Die Beziehung „stresse“ ihn, an der Uni „verzettelt“ er sich zusehends und seine vier Jobs strengen ihn mittlerweile sehr an.

Meiner Hypothese, dass er sich wieder massiv in die Überforderung gebracht hat, um ein etwaiges Scheitern zu inszenieren oder auch kurz vorher abzuwenden, kann Herr C. sehr viel abgewinnen. Der implizite Auftrag ist der stets alte: Sei für mich da und stehe mir bei. Hilf mir, das kognitiv begriffene „Ich bin in Ordnung, so wie ich bin“ emotional und leiblich zu integrieren.

5. Initiale Diagnostik (Statusanamnese)

5.1. Biographische Anamnese

Herr C. wurde am 15.05.1968 in Santa Cruz/Südamerika geboren. Seine Eltern waren beim deutschen Entwicklungsdienst tätig, lernten sich dort kennen und heirateten. Als Herr C. drei Monate alt war, kehrten sie nach Deutschland zurück. Er habe eine 2,5 Jahre jüngere Schwester mit der er während der Kindheit nicht gut auskam. Später sei sie für ihn sehr wichtig gewesen. Sie sei auch „krass unterwegs“ gewesen. Mit 14 Jahren sei sie zu einer Freundin gezogen, weil sie sich mit dem Stiefvater nicht verstanden habe. Herr C. beschreibt seine Schwester als hochintelligent, rebellisch und kompromisslos. Sie habe lange Zeit in Berlin mit einem 12 Jahre älteren Mann gelebt, sei mittlerweile in Portugal mit einer Frau zusammen und lebe dort auf einer eigenen Hacienda. Im Alter von 20 Jahren habe er viel mit seiner Schwester „getörnt“, sie haben über alles reden können und viel über den Sinn des Lebens philosophiert. Seine Schwester habe dann von selbst mit den Drogen aufgehört und habe beruflich viel erreicht.

Herr C. berichtet weiter, seine Mutter sei als Erzieherin und Diplomsozialarbeiterin tätig gewesen, sein Vater habe verschiedene Hausmeisterstellen innegehabt oder sei arbeitslos gewesen. Durch die Berufstätigkeit seiner Mutter habe es mehrere Umzüge gegeben. Als er etwa 5 Jahre alt war, habe sie eine Stelle als Heimleiterin in einem Heim für Jungen innegehabt, der Vater sei in der gleichen Institution als Hausmeister untergekommen. Zu dieser Zeit sei es zu sich verdichtenden Hinweisen über sexuelle Übergriffe an einigen Heimkindern gekommen und man habe im Laufe des Verfahrens seinen Vater angeklagt. Es sei jedoch niemand auf die nahe liegende Idee gekommen, dass der Vater seine sexuellen Handlungen auch an seinem eigenen Sohn ausgelebt haben könne. Seine Eltern haben sich nach diesen Vorfällen scheiden lassen. Von seinem Vater wisse er lediglich, dass dieser 48-jährig in einem Pflegeheim „jämmerlich am Alkohol verreckt ist“.

Er habe sich zu diesem Zeitpunkt massiv verunsichert erlebt und habe versucht, die körperlichen und psychischen Schmerzen durch den Konsum von Alkohol zu betäuben. Danach sei seine Kindheit geprägt gewesen von emotionaler Instabilität, unklarem Selbstbild und unklaren Zielen. Es habe ein chronisches Gefühl innerer Leere bestanden, dass er mit weiterem Drogenkonsum zu kompensieren versucht habe.

Seine Mutter habe wiederum einige Stellenwechsel absolviert, und er und seine Schwester seien viel in der Obhut der Großeltern gewesen. Die Erziehungshaltung seiner Mutter und der Großeltern beschreibt Herr C. als verwöhnend und gewährend, ohne Grenzen zu setzen. In seinem 12. Lebensjahr habe die Mutter den Stiefvater über eine Annonce kennen gelernt und geheiratet. Mit diesem lebe sie heute noch zusammen. Er sei Diplomphysiker bei Zeiss und somit habe die Familie wirtschaftlich eine deutliche Änderung erlebt. Mit in die Ehe habe der Stiefvater seine eigenen drei Kinder gebracht. Zwei Mädchen und einen Jungen, alle drei älter als Herr C. und seine Schwester. Die Stiefschwestern seien bald darauf wieder in die USA zu ihrer Mutter zurückgekehrt, der Bruder sei geblieben. Ab diesem Moment habe es neue „Regeln und Gesetze“ gegeben. Wo sie vorher in einer Art „gemütlichen Chaos“ mit ihrer eher „hippiemäßig angehauchten“ Mutter gelebt haben, habe der Stiefvater Ordnung und Strenge verlangt.

Die folgenden Jahre hätten sich die Schulschwierigkeiten vermehrt, und die Eltern haben ihn von einer Schule in die andere gebracht. Während der Realschule sei er zweimal sitzen geblieben und anschließend in ein Internat gekommen. Nach dem Abschluss der mittleren Reife habe Herr C. beschlossen, ein Jahr als Aupair in den USA zu verbringen. Dort habe er entziehen wollen, habe aber verlagert auf Alkohol. Dadurch sei es zum Konflikt mit den Gasteltern gekommen und er habe dann einen neuen Aufgabenbereich bekommen. Er habe einen Querschnittsgelähmten betreut und sei anschließend noch 5 Monate in den USA umher gereist.

Nach der Rückkehr seien die Eltern erneut umgezogen und er habe erst einmal bei ihnen gewohnt. Er habe sein Abitur absolviert und war zu dieser Zeit schon wieder ziemlich hochfrequent und hochdosiert am Konsumieren. Herr C. schildert weiter, er habe drei Suchttherapien „hinter sich gebracht“. Angefangen habe er mit einem 6-monatigen Entzug im Haus Renchtal und einer anschließenden Nachbetreuung in einer Wohngemeinschaft. Danach sei er einige Monate clean gewesen und habe versucht, in X zu studieren (VWL, BWL und Soziologie). „Leider haben damals meine Probleme mit meinem Borderline- Syndrom begonnen und ich konnte wegen meiner Psychosen und Neurosen das Studium nicht fortführen“, berichtet er. „Mit meinen Depressionen und dem Verfolgungswahn war es mir nicht mehr möglich, in Vorlesungen oder auch nur in die Bibliothek zu gehen. Ich fühlte mich nicht mehr sicher und schlussendlich traf ich die Entscheidung, mich medikamentös behandeln

zu lassen und einen Wechsel des Studienortes nach Y (Politikwissenschaften, Soziologie und Philosophie) zu tätigen. Aber auch dort konnte ich wegen meines Borderline-Syndroms und den Depressionen das Studium nicht zu Ende bringen.“ Dann sei er für 5 Wochen bei Synanon in Berlin gewesen und habe anschließend ein halbes Jahr in Berlin und ein weiteres halbes Jahr in Hamburg auf der Straße gelebt. Er habe „exzessiv gelebt, gedrogt und sich als Stricher verdingt“. Er sei in dieser Zeit rückfällig „mit allem, was ihm in die Hände kam“ gewesen und habe dann eine erneute Therapie in Münchwies angetreten. Auch nach dieser abgeschlossenen Behandlung sei er einige Zeit clean geblieben, bis „alles wieder von vorne begann“. Seinen nächsten Therapieversuch in Eiterbach habe er nach drei Monaten abgebrochen. 2002 habe er über den AAW einen Ausbildungsplatz in einer Buchhandlung erhalten und die Ausbildung 2005 regulär beendet. Durch seinen sich extrem steigenden Suchtmittelkonsum sei er allerdings nicht in der Lage gewesen, kontinuierlich zur Arbeit zu erscheinen und so habe er in gegenseitigem Einvernehmen die anschließende Weiterbeschäftigungsmöglichkeit gekündigt. Er sei in die Gemeinde seiner Eltern gezogen, welche für ihn ein Haus finanziert hatten und sei mit Ausnahme verschiedener Gelegenheitsjobs arbeitslos gemeldet. Herr C. berichtet weiter, er habe in den letzten 10 Jahren 18 Entgiftungen absolviert und keine davon sei erfolgreich gewesen. Er habe relativ bescheiden gelebt und konnte sich seinen Lebenswandel inklusive Drogen, Haus und Führerschein in den letzten Jahren mit drei bis vier größeren „Geschäften“ im Jahr und seinem Einkommen aus SGB II finanzieren. Echte Freunde oder eine „vernünftige Beziehung“ zu seiner Familie habe er nicht mehr. Er habe es auch nicht mehr geschafft, geregelt im Substitutionsprogramm zu bleiben, habe ständig einen hohen Beikonsum gehabt und sei darauf hin auch mehrmals aus dem Programm geflogen.

5.2. Suchtanamnese

Herr C. berichtet, dass er schon im Alter von 8 Jahren erste Erfahrungen mit Nikotin und Alkohol gesammelt habe. Mit 10 Jahren habe er bis zu 10 Zigaretten täglich geraucht. Aktuell rauche er 10-15 Zigaretten täglich, ein Abstinenzwunsch bestehe nicht. Den relativ frühen Beginn des Nikotinkonsums erinnert Herr C. im Zusammenhang mit Gruppendruck, da er sich damals an älteren Peers orientiert habe.

Etwa ab dem 8. Lebensjahr erfolgte regelmäßiger Alkoholkonsum. Den Beginn diesen Konsums sehe er in Zusammenhang mit den sexuellen Übergriffen des Vaters. Er habe dadurch seinen seelischen und körperlichen Schmerz besser bewältigen können. Er habe bis zu 1,5 Liter Bier täglich und an den Wochenenden zusätzlich Schnaps getrunken. Die Menge habe sich stetig gesteigert, sodass er zuletzt bis zu 1,5 Liter Schnaps gebraucht habe.

Zeitgleich habe er auch begonnen, Cannabis zu konsumieren. Auch hier war die ihn umgebende Peergroup und im Weiteren der Wunsch, „cool“ zu sein, ausschlaggebend. Von da an habe er festgestellt, dass er in der Scheinwelt der Drogen sowohl der Realität entfliehen, als auch in einer subjektiv empfundenen „heilen Welt“ leben könne. Der Konsum von täglich mindestens 5g Haschisch sei fortan in extrem abhängiger Art und Weise erfolgt und habe bis trotz sich häufender aversiver Zustände bis zum 36. Lebensjahr angehalten, sei aber zu Gunsten von Heroin reduziert worden.

Mit 13 Jahren habe Herr C. erstmalig Heroin und Kokain ausprobiert. Der Konsum von Heroin sei für ihn „eine Offenbarung“ gewesen. Er habe sehr schnell eine große

innere Wärme und Geborgenheit gespürt, die er nicht mehr habe missen wollen. Er habe sich „einer sorgenlosen Welt nähern und seine Misshandlungen vergessen können.“ Der Konsum von Kokain sei eher sporadisch geblieben, da ihm hier das Preis-Leistungs-Verhältnis nicht zugesagt habe. Bis auf Cleanphasen während oder kurz nach seinen Therapieversuchen habe er bis zuletzt 4g Heroin täglich intravenös konsumiert.

Um seine Arbeitsfähigkeit und seine verschiedenen Ausbildungsversuche aufrecht zu erhalten habe er ab dem 14. Lebensjahr Amphetamine eingesetzt. Er erinnere sich an einen Konsum von phasenweise bis zu 50g täglich. Zuletzt habe er etwa 10g wöchentlich gebraucht.

Bereits im Alter von 13 Jahren habe Herr C. die Kontrolle über sein Konsumverhalten verloren. Er habe eine ausgeprägte Neugierde entwickelt, alles zu probieren, was der Markt geboten habe. So habe er Extasy und biologische Suchtmittel probatorisch konsumiert, habe an diesen Substanzen allerdings keinen Gefallen gefunden.

Mit 16 Jahren habe er LSD konsumiert, phasenweise sei der Konsum von bis zu 10 Trips wöchentlich auch intravenös erfolgt.

Benzodiazepine habe er ab dem 16. Lebensjahr bewusst eingesetzt, um die Alkoholwirkung zu verstärken. Im Rahmen von Substitutionsbehandlungen habe er Methadon, Polamydon, Codein und Subutex konsumiert, zum größten Teil mit immensem Beikonsum von anderen Substanzen.

5.3. Arbeits- und Berufsanamnese

Nach dem Abitur 1993 habe Herr C. ca. ein halbes Jahr die Wirtschaftsakademie besucht und habe dann in x (BWL, VWL, Soziologie) und in y (Philosophie und Politikwissenschaft) studiert bis 1999. Zwischendurch sei er in verschiedenen Betrieben (Lackfabrik, Fotooptik, Verzinkerei) als Hilfskraft tätig gewesen, um sich sein Studium zu finanzieren. Außerdem habe er in den vergangenen Jahren 2 Therapien regulär beendet (1992-1993 Haus Renchtal; 1995-1996 Münchwies) und eine Behandlung 1998 in Eiterbach nach drei Monaten abgebrochen. Nach der Aufgabe des letzten Studiums sei er in einem Tierfutterhandel beschäftigt gewesen bis ihm wegen Uneinigkeiten 2001 in beiderseitigem Einvernehmen gekündigt worden sei.

Seine letzte versicherungspflichtige Tätigkeit sei ab Januar 2002 eine Ausbildung zum Buchhändler gewesen. Er habe dort täglich 8 Stunden gearbeitet. Zu seinen Aufgaben haben neben dem allgemeinen Lernen auch die Kundenberatung sowie der Verkauf und Büroarbeiten unterschiedlichster Art gehört. Bei der Ausübung all dieser Tätigkeiten habe er keine körperlichen Beeinträchtigungen verspürt. Er habe allerdings immer wieder Abszesse gehabt, welche operativ entfernt worden seien, worauf hin er öfter bescheinigt krank geschrieben gewesen sei. Aufgrund seines Drogenkonsums sei er zunehmend unkonzentriert gewesen und habe einige Fehlzeiten gehabt. Außerdem habe er während der Arbeitszeit konsumiert, was schließlich dazu geführt habe, dass er nach erfolgreich beendeter Ausbildung (Januar 2005) nicht übernommen worden sei. Seit dieser Zeit lebe er von ALG II.

5.4. Psychosoziale Beschwerden und funktionelle Einschränkungen

Im Aufnahmegespräch formulierte Herr C. den Wunsch, in dieser Behandlung zu lernen, ein drogenfreies und sozial geregeltes Leben zu führen. Er wolle seine ständige Rückfälligkeit aufarbeiten und verstehen, um zukünftig rückfallträchtigen Situationen präventiv begegnen zu können. An aktuellen Beschwerden nennt er starken Suchtdruck, Schlafstörungen und weitere Symptome der noch nicht vollständig abgeschlossenen Entgiftungsbehandlung von Subutex. Er habe sich im Vorfeld für eine tagesklinische Behandlung interessiert, es sei ihm jedoch nicht gelungen, clean in der Tagesklinik zu erscheinen, sodass ihm eine erneute stationäre Behandlung empfohlen worden sei.

Im Kontakt wirkt Herr C. leicht unkonzentriert und überheblich, bei herabgesetzter Schwingungsfähigkeit und gedrückter Grundstimmung. Er zeigte sich unsicher, jedoch mitteilend. Er berichtete bereits im Aufnahmegespräch, dass er an seiner Situation sehr verzweifle und in den letzten Jahren mehrere Suizidversuche begangen habe.

Im weiteren Verlauf der Erhebung der aktuellen psychosozialen Befindlichkeit wurde schnell deutlich, dass Herr C. außerordentlich unter seiner aktuellen Lebenssituation und seiner körperlichen, sowie seelischen Verfassung leidet. Infolge seiner Suchtproblematik sei es zu zahlreichen Konflikten innerhalb seiner Herkunftsfamilie gekommen. Bereits während der Schulzeit habe er unter Leistungsproblemen gelitten und habe daraufhin häufig die Schule geschwänzt. Durch den einsetzenden Drogenkonsum habe er weitere Motivationswunden und Verhaltensauffälligkeiten erfahren. Sexueller Missbrauch im Alter von 6 Jahren sowie häufige Umzüge während der Kindheit führten dazu, dass er sich schwer integrieren und mit Gruppennormen identifizieren konnte. Trotz massiver Schwierigkeiten und exzessivem Drogenkonsum habe er das Abitur absolviert. Er habe mehrere Anläufe unternommen, um studieren zu können, sei jedoch jedes Mal aufgrund seines sich stetig steigenden Drogenkonsums gescheitert. Dann habe er „mit Ach und Krach“ seine Ausbildung abgeschlossen, sei aber weiterhin nicht fähig gewesen, kontinuierlich bei einer Sache zu bleiben. Es sei ihm immer schwerer gefallen, ausdauernd und konzentriert einer Erwerbstätigkeit nachkommen zu können. Auch Partnerschaften seien aufgrund seiner Drogenabhängigkeit bzw. seiner Unfähigkeit, ohne Suchtmittel leben zu können, häufig gescheitert. In seiner psychosexuellen Entwicklung beschreibt sich Herr C. als bisexuell orientiert. Bereits im Jugendalter hätten sich depressive Gefühle manifestiert, welche er mithilfe des Konsums von Heroin zu bewältigen versucht habe. Soziale Kontakte seien im Laufe der Zeit hauptsächlich auf das drogenkonsumierende Milieu beschränkt geblieben. Wohnmöglichkeit habe zuletzt im eigenen, von den Eltern finanzierten Haus bestanden. Davor habe es auch Zeiten der Obdachlosigkeit gegeben. Erstmals im Alter von 26 Jahren, während seiner Studienzeit in X, sei er psychotisch gewesen, schildert Herr C. Er habe akustische und optische Halluzinationen gehabt und habe sich daraufhin behandeln lassen. Dies sei im weiteren Verlauf seiner Suchtgeschichte noch zweimal vorgekommen, und jedes Mal habe er die Symptomatik medikamentös in den Griff bekommen. Herr C. berichtet ferner über das Auftreten von starken Stimmungsschwankungen (euphorische, depressive und gereizte Stimmungslagen). Dabei seien Gefühle der Gleichgültigkeit, sowie starke depressive Verstimmungen vorherrschend gewesen. Sich selbst zu verletzen, Suizidpläne und Suizidversuche hätten ihm geholfen „Druck abzulassen“. Ansonsten hätten ihn insbesondere starke Minderwertigkeitsgefühle gequält und er habe zunehmend pessimistisch und mit wenig Hoffnung in seine Zukunft geschaut. Herr

C. erklärt seine Abhängigkeitsentwicklung einerseits durch den gewohnheitsmäßigen Konsum von Suchtmitteln im Rahmen seiner damaligen Peergroup. Andererseits sehe er auch einen missglückten Lösungsversuch und habe die unterschiedlichen Substanzen funktionalisiert, um seine „Schmerzen“ nach den Erlebnissen mit seinem Vater im Alter von 6 Jahren zu lindern.

5.5. Medizinische Anamnese

Eigenanamnese:

Seit 10 Jahren sei eine Borderlinestörung diagnostiziert. Er habe dreimalig Suizid versucht (Schnittwunde am Oberarm; Überdosierung mit Heroin und Medikamenten). Unter Valoron sei es zu epileptischen Anfällen gekommen. Seine 18 stationären Entgiftungen seien durch psychotische und depressive Symptomatik erschwert gewesen. Er habe an beiden Armen mehrere Spritzenabszesse, die operativ entfernt werden mussten, gehabt. Die Durchblutung an beiden Händen sei durch den intravenösen Konsum geschädigt, er spüre jedoch keine funktionellen Einschränkungen.

Klinische Anamnese:

Herr C. kam aus der stationären Entgiftung ohne körperliche Beschwerden mit einer Psychopharmakamedikation bei bekannter depressiven und psychoseähnlichen Symptomatik zur Aufnahme (Doxepin 300 mg täglich, Taxilan 200 mg täglich und Dominal 160 mg täglich). Diese Medikation wurde zunächst fortgesetzt. Parallel zur psychischen Stabilisierung konnte eine stufenweise Reduktion bis zur gänzlichen Absetzung vorgenommen werden. Das gesamte Krankheitsbild, der Krankheitsverlauf und die gut erhaltenen kognitiven Funktionen von Herrn C. machen eine endogene Psychose unwahrscheinlich. Gegen eine Borderline-Störung sprechen stabile zwischenmenschliche Beziehungen, eine gute Selbstkontrolle, das Fehlen von Selbstschädigungshandlungen, Impulsivität und rasch wechselnde Stimmungslagen. Die in der Vorgeschichte bestehenden optischen und akustischen Wahrnehmungsstörungen könnten einerseits im Rahmen von suchtmittelinduzierten Psychosen und andererseits als Intrusionen und Flashbacks bei Posttraumatischer Belastungsstörung eingeordnet werden. Auch die depressive Symptomatik und Antriebslosigkeit ist durchaus unter dieser Diagnose klassifizierbar.

Bei bekannter Refluxösophagitis wurde Pantozol 80 mg täglich verabreicht. Zurzeit ist Herr C. ohne PPI beschwerdefrei.

Hepatitis C ist seit einem Jahr diagnostiziert. Die Transaminasen waren erhöht, die HCV-RNA positiv, sodass wir von einer chronischen Hepatitis ausgehen können.

Herr C. ist über den Krankheitsverlauf, die Therapiemöglichkeiten und Nebenwirkungen der Therapie ausführlich informiert. Wir rieten zu einer Behandlung nach vollständiger psychischer Stabilisierung und zwischenzeitlich alle 6 Monate zur Kontrolluntersuchung.

Wegen Adipositas I wurde Ernährungsberatung in Einzelsitzungen sowie in der Gruppe durchgeführt. Bei seit Jahren bestehender hoher Psychopharmakamedikation ist ein Teil der Gewichtsreduzierung durch die durchgeführte Reduktion eingeleitet. Auch körperliche Aktivierung wurde als gewichtsreduzierende Maßnahme empfohlen.

5.6. Diagnosen nach ICD-10

- Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen, Abhängigkeitssyndrom, F 19.2
- Emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline Typus, F 60.3
- Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, Abhängigkeitssyndrom, F 10.2
- Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak, Abhängigkeitssyndrom, F 17.2
- Protrahierte posttraumatische Belastungsstörung, F 43.1
- Chronische Hepatitis C, B 18.2
- Adipositas I (BMI 32), E 66.0
- Refluxoesophagitis, K 21.0

6. Prozessuale Diagnostik

6.1. Bedürfnis- und Motivationsanalyse

Bedürfnisse und Motivationen sorgfältig zu erfassen, ist für die Behandlungsplanung unerlässlich (*Osten 2002, Jäckel 2001*) Herr C. formulierte recht direkt nach der Aufnahme in der Tagesklinik den Wunsch mit mir zu arbeiten. Er habe mich in Freiolsheim „beobachtet“ und sei dort sehr ambivalent mir gegenüber gewesen. Mein Auftreten, meine Tätigkeiten (Tanztherapie und Theater) seien ihm „suspekt“ vorgekommen und er habe das als „Kokolores“ abgetan. Gleichzeitig habe er gespürt, dass ich eine ganz spezielle Haltung im Kontakt mit den PatientInnen innehabende, und er habe sich danach gesehnt, von mir „gesehen zu werden“. Nachdem er erfahren habe, dass ich körpertherapeutisch mit den missbrauchten und misshandelten Frauen arbeite und keine Angst habe, mich solchen Themen zu nähern und dass ich in der Tagesklinik tätig bin, habe er beschlossen, sich das erste Mal nicht nur kognitiv mit all seinen Rationalisierungen als Abwehr und zum höchst wichtigen Schutz „an den ganzen Müll zu wagen“. Seine Bedürfnis- und Motivationsanalyse hat er ziemlich zu Beginn selbst geschrieben. Ich finde, sie spricht für sich:

Laut meinem Arzt habe ich bei Beibehaltung meiner Lebensführung nur noch begrenzte Zeit zu leben. Ich musste also eine Entscheidung treffen, ob ich so weitermachen oder noch etwas im Leben will. Und ich will immer noch leben und nicht, wie mein Vater, mit 48 im Pflegeheim an Alkoholismus verrecken.

Ein weiterer Beweggrund für mich ist, dass meine Familie, vor allem meine Mutter, sehr unter meiner Sucht gelitten hat, obwohl sie das Ausmaß meiner Sucht völlig falsch einschätzt. Eine Rolle spielt auch, dass ich bisher strafrechtlich nicht auffällig geworden bin und nicht so spät noch erwischt werden wollte, wobei zu sagen ist, dass die langfristigen Folgen meiner Geschäfte noch nicht abzusehen sind.

Ich will mich mit einem Dasein als drogenabhängiger Frührentner ohne eigene Möglichkeiten zur Lebensgestaltung noch nicht abfinden.

Ich möchte mir noch eine letzte Chance geben.

Also begann ich abzuwägen:

Auf der einen Seite steht meine Sucht in Verbindung mit meinem Drogenfunktionsmuster bezüglich:

- Verdrängung der Vergangenheit
- Beziehungsunfähigkeit
- Gewohnheit
- Psychische Belastung

Auf der anderen Seite stehen die Möglichkeiten, die mir das Leben unter den gegebenen und erreichbaren Voraussetzungen und Ressourcen noch bieten kann. Dabei stellen sich folgende Fragen:

Ist das Leben für mich überhaupt noch lebenswert, und wenn ja unter welchen Bedingungen?

Was möchte ich noch erreichen?

Was kann ich noch erreichen?

Welche Ziele sind realistisch?

Was muss ich tun, um mir selbst die Möglichkeit zu geben, ein sinnvolles Leben zu führen?

Entscheidung:

Nach Abwägung aller mir bekannten Faktoren habe ich für mich eine Entscheidung getroffen:

Ich habe mich für die Abstinenz und gegen ein Leben mit der Sucht entschieden, mit allen dazugehörenden Konsequenzen.

Ich wünsche mir:

Eine Arbeitsstelle

als Buchhändler oder eine eigene Buchhandlung

im Bereich Flughafen-Transfer-Shuttle (selbständig)

irgendwas im PC-Bereich; Software oder Programmierung

oder eine Studienplatz in Psychologie, Soziale Arbeit

eine Familie

Reisen

6.2. Problem- und Konfliktanalyse

In diesem Diagnosebereich der IT werden krankheitsrelevante „pathogene“ Faktoren (Petzold 2003a, 455f, 578f, 1196f), **Traumata** (Petzold, Wolf et.al. 2000) und

Konflikte einbezogen (Petzold 2003b), aber auch **Ressourcen** (idem 1997p) und **Potentiale** (idem 2010b) erfasst.

6.2.1. Traumata

In der Biographie von Herrn C. ist mit ziemlicher Sicherheit von einer sehr frühen Traumatisierung auszugehen. Hier sind zwar keine Fakten bekannt, und Herr C. meidet nach wie vor das möglicherweise klärende Gespräch mit seiner Mutter. Es ist allerdings anzunehmen, dass die sexuelle Störung seines Vaters und dessen Alkoholkonsum nicht ohne Wirkung geblieben sind. Nach dem ersten bewussten Einordnen des Missbrauchs beginnt sich die Symptomatik der PTBS (*van der Kolk et al. 2000*) zu manifestieren und in der weiteren Entwicklung wirken wiederholte Überstimulierungen und Retraumatisierungen auf das Erleben von Herrn C., sodass man hier von einem durchgängigen und hohen physiologischen Stresslevel ausgehen kann. Durch den exzessiven Drogenkonsum und den äußerst selbstzerstörerischen Lebensstil blieb das ursprüngliche Trauma stets aufrechterhalten. In Form eines malignen Narrativs („Ich bin nichts wert, behandle mich wie Dreck“) zeigt sich die Hinwendung zu schädigenden Milieus, wie die sadomasochistischen Formen der Sexualität und die Notprostitution. Durch den desaströsen Lebensstil und die daraus resultierenden in sich konsistenten prekären Lebenslagen (*Petzold 2002b/2006*) werden weitere Traumata erlebt, welche wiederum durch den „heilbringenden und kurzfristig helfenden“ Drogenkonsum „gelöst“ werden. Durch diese Akkumulation von „critical and stressful live events“ (*Newcomb et al. 19981*), so genannten „Chains of adverse events“ (*Rutter 1989*) entsteht ein „circulus virtuosus“, welcher es zuweilen in der Suchtarbeit erschwert, Ursache, Wirkung und Ergebnis zu trennen. Die häufigen Umzüge in Kindheit und Jugend könnten ebenso traumatisierend gewirkt haben, in dem sie zum einen Wiederbelebungen von Willkür darstellen, zum anderen jegliches Gefühl von Zuverlässigkeit und Sicherheit in Beziehungen als nicht gegeben unterwandern.

6.2.2. Defizite

„Prolongierte Mangelereferenzen“ (*Petzold 2003a, 993*) im Leben von Herrn C. scheint es auf Seiten der Mutter zu geben. Zum einen war diese, in der Erinnerung von Herrn C. sehr viel arbeiten gewesen. Zum anderen war sie wohl nicht fähig gewesen, Herrn C. vor dem sexuellen Missbrauch durch seinen Vater zu schützen. Unterstimulierung durch ungenügende emotionale Zuwendung, Nichtachtung der Bedürfnisse, das existenzbedrohende „Nichtgesehen werden“ und möglicherweise eine Bagatellisierung der kindlichen Befindlichkeit beeinflussen die Identitätsentwicklung von Herrn C. auf grob schädigende Art und Weise. Die fehlende oder defizitäre Responsivität könnte in der späteren Entwicklung auch auf Seiten des Stiefvaters anzutreffen gewesen sein. Über diesen Aspekt kann nur spekuliert werden, da Herr C. auch was seinen Stiefvater angeht, eine momentan noch bedingungslose Loyalität aufrechterhalten will. In der weiteren Entwicklung haben durch die häufigen Umzüge permanent erneut Verunsicherungen stattgefunden, und Sicherheit spendende Erfahrung von Konstanz hat es nicht gegeben. Ebenso verhält es sich mit dem Einzug des Stiefvaters und seiner Kinder. Das Erleben von Willkür, ohne Möglichkeit bei Entscheidungsprozessen der Mutter informiert zu werden und teilnehmen zu dürfen,

produziert ein Gefühl der Ohnmacht, der Leere. Durch materielle Güter besänftigt, werden die mangelnde Emotionalität und der fehlende Support verdrängt. In der weiteren schulischen sowie beruflichen Entwicklung von Herrn C. wird eine zutiefst akademische Anspruchshaltung deutlich. Diese zeigt sich in einer fast verzweifelt anmutenden Reihe von Versuchen, zuerst der Eltern und später internalisiert, einen hinreichenden (am besten gymnasialen) Abschluss und eine (am besten akademische) Laufbahn anzustreben. Prägend werden der Druck, die Hoffnung, der überhöhte Anspruch und das, vor diesem Hintergrund fast zwangsläufig folgende Versagen und Scheitern im Erleben von Herrn C. Anerkennung oder Lob habe er von seinen Eltern nicht erhalten, dies kenne er nicht und er habe bis heute Schwierigkeiten, positive Rückmeldungen seine Person betreffend anzunehmen, schildert er.

6.2.3. Störungen

Störungen durch inkonstante und indifferente Stimulierungen (*Petzold 2003a, 575*) ziehen sich wie ein roter Faden durch das Leben von Herrn C. Die häufigen Umzüge stören die Entwicklung von gesundem Kontakt- und Beziehungsverhalten (Gestalttherapeuten würden von Kontaktzyklen sprechen) und die daraus resultierende Möglichkeit zur Aufhebung von Einsamkeit, Ohnmacht und Unsicherheit. Der frühe Beginn des Drogenkonsums und der völligen Mangel von Resonanz, Hilfe und Verlässlichkeit schafft die Notwendigkeit eines Doppellebens. Die Mutter reagiert auf den „funktionierenden“ Anteil von Herrn C. Die anderen, weniger geschätzten und auch selbst nicht geliebten Anteile werden in der Subkultur, in der Szene gelebt und ansonsten abgespalten. Daraus entstehen erneute Scham- und Schuldgefühle, gepaart mit sich kumulativ bildenden Versagensängsten. Ein wahrer Selbstwert kann in diesem Klima nicht entstehen. Das Erleben von Willkür, Unberechenbarkeit und Verunsicherung bildet die Basis für den mangelnden Selbstwert und das tiefe Empfinden von Misstrauen von Herrn C.

6.2.4. Konflikte

Sich widersprechende Stimulierungen und innerpsychisch konträre Konflikte (*Petzold 2003a, 2003b*) zeigen sich in der wie oben schon erwähnten Abspaltung innerer Anteile. Da ist der starke Wunsch, keine Auseinandersetzung mit der Mutter zu führen, weil das Verhältnis gerade ein gutes ist. Und doch existiert eine große Sehnsucht, aufzuklären was geschah und was sie wusste. Oder der Wunsch, sich ganz öffnen und zeigen zu können in der Vollständigkeit seines Seins. Und immer wieder die große Angst, nicht zu enttäuschen und die Hoffnung, wenigstens ein bisschen Anerkennung zu erhalten. Grundsätzlich geht es im therapeutischen Prozess vor allem um die eigene Anerkennung dieser widerstrebenden, auf den ersten Blick unvereinbar scheinenden Seiten in einem selbst und die Auflösung der innerpsychischen Konfliktkonstellationen.

6.3. Leibfunktionsanalyse

Die Integrative Therapie ist fundamental „leiborientiert“ (*Petzold 1974k, 2002j*).

Der „Informierte Leib“ speichert alle Außeneindrücke und ihre Binnenresonanzen (idem 2009c, Orth, Petzold 1998; Waibel, Jakob-Krieger 2009). Die nonverbale Sprache gibt wichtige diagnostische Aufschlüsse (Petzold 2004h).

Über die sehr frühe Zeit in seinem Leben und das archaische, leibliche Erleben kann Herr C. keine Auskunft geben. Durch seine Weigerung, das mittlerweile gute Verhältnis mit seiner Mutter durch Kontakte zu gefährden, ist es bislang auch nicht möglich, Informationen von dieser Seite zu erhalten.

Wo Fakten fehlen, gibt es die Möglichkeit der Spekulation:

Über die Alkoholabhängigkeit des Vaters zum Beispiel und die Störung desselben, welche ihn später dazu veranlasst, kleine Jungen sexuell zu missbrauchen. Was ist der Anlass für die Heimkehr von Bolivien mit einem drei Monate alten Säugling? Warum wurde der Wohnort bzw. Arbeitsplatz so häufig gewechselt? Und was ist in den ersten 6 Lebensjahren an körperlichen Übergriffen passiert, oder wie hatte der Vater seine Bedürfnisse bis dahin kompensiert? Warum hat die Mutter nichts gemerkt?

Es ist anzunehmen, dass es schon vor der zeitlich erinnerten Traumatisierung im 6. Lebensjahr ungünstige Stimulierungen gegeben hat.

Spätestens mit dem begonnenen Missbrauch und dem anschließenden Tabuisieren des Geschehens sind frühe Schädigungen des perzeptiven, expressiven und memorativen Leibes erfolgt. Durch die Erfahrung des sexuellen Missbrauchs, welcher in der Ausführung auch noch als besonders schmerzhaft und invasiv geschah ist, und der Unmöglichkeit der Einordnung desselben in bekannte Schemata, mußte als Abwehrfunktion Abspaltung erfolgen, um ertragen werden zu können. Da zu keiner Zeit mit dem kleinen Herrn C. gesprochen wurde und sich niemand seiner „geschundenen Seele“ angenommen hatte, konnte kein Wahrnehmungsabgleich erfolgen. So konnte sich das massive Schuld- und Schamgefühl manifestieren, mit dem viele missbrauchte Kinder zu tun haben. Wenn eine erwachsene Person das mit mir macht und die andere erwachsene Person das gutheißt, dann muss das - obwohl es sich schlecht anfühlt - wohl so sein. Hier finden sich die Ursächlichkeiten für die starken Anästhesierungsbedürfnisse der Betroffenen.

Es finden sich auch Amputationen im expressiven Leib. Die Vitalität von Herrn C. ist sehr reduziert. Seine Körperhaltung ist zum einen recht aggressiv und fordernd, Raum beanspruchend und provokant. Zum anderen ist er schnell irritier- und kränkbar, und diese Verunsicherung zeigt sich sofort in einem Zusammensacken der ganzen Statur. Der Gefühlsausdruck ist gering, fast schon affektflach. Spürbar sind permanente Anspannung und großes Misstrauen. Insgesamt erhält man den Eindruck, Herr C. ist sich über jede seiner Gesten und Mimik bewusst, und er kontrolliert sein äußeres Erscheinen und seinen Ausdruck, sehr auf die jeweils gewünschte Wirkweise bedacht.

6.4. Kontinuumsanalyse

Dem Kontinuum „Vergangenheit, Gegenwart, Zukunft“ kommt in der IT besondere Bedeutung zu. Es werden auch **protektive Dimensionen** betrachtet, Lebensziele und -pläne, um proaktiv (Petzold 2005o) handeln zu können (etwa bei der Rückfallprophylaxe, Klos, Görgen 2009). Das wird für die Zielplanung in der Therapie wichtig (Petzold, Leuenberger, Steffan 1998).

Betrachtet man die Lebenswelt von Herrn C. im Sinne der Integrativen Therapie und deren Betrachtung des Kontinuums von Beginn an mit Bezug auf den „life span development approach“ (Oerter et. al. 1999; Petzold 1992e; Sieper 2007b)), so zeigt sich die Annahme einer frühen Störung deutlich. Die Traumatisierung im 6. Lebensjahr durch den Vater und die fehlende Resonanz auf Seiten der Mutter führten im Alter von 8 Jahren zum dysfunktionalen Lösungsversuch, sich mit Hilfe unterschiedlicher Substanzen zu betäuben. Auch hier ist die Mutter nicht in der Wahrnehmung. Man kann davon ausgehen, dass Kinder in diesem Alter noch um Hilfe rufen und noch nicht fähig sind, ein solch perfides Doppelspiel zu inszenieren. In der Schilderung von Herrn C. erinnert er sich an heimliche Alkoholbeschaffung bei der Großmutter und an häufig verheimlichte, sehr zeitaufwändige Reinigungen oder auch Beseitigungen blutiger Unterhosen. In meiner Vorstellung, beeinflusst durch meine eigene Mutterschaft, ist ein „Nichtbemerken“ dieser „Indizien“ nur sehr schwer nachvollziehbar. Beide Elternteile sind unfähig, Herrn C. ein geschütztes und kindgerechtes Dasein zu bieten. Nehmen wir an, dass die Mutter von dem Missbrauch nichts gewusst hat. Spätestens anlässlich der Inhaftierung ihres Mannes muss eine akademisch gebildete Frau die Transferleistung hinsichtlich einer potentiellen Gefährdung des Sohnes leisten und sich zumindest präventiv um den Sohn kümmern. Durch das Co-Verhalten der Mutter konnte Herr C. keine Anlehnung oder Unterstützung im emotionalen Bereich erhalten. Sie erscheint eher berechnend und kalt in der Interaktion den Kindern gegenüber. Auch die Rekrutierung des Stiefvaters über eine Annonce um materielle Sicherheit zu haben könnte auf eigene emotionale Defizite hinweisen. Der Grundstein für die defizitäre emotionale Atmosphäre ist hier zu finden. Gefördert wurden Anpassung, Vermeidung, Verdrängung, Leistungsorientierung und innere Unnahbarkeit als Bewältigung des Empfindens von Insuffizienz, Leere und Sinnlosigkeit. Selbstzerstörerisches Agieren sollte das permanent reinszenierte Negativkonzept von Wertlosigkeit und Schmutzigkeit, von Schuld und Scham durch Schmerz kompensieren. Insgesamt zeigt sich ein extrem prävalentes pathogenes Milieu innerhalb der Ursprungsfamilie. Betäubung mit Hilfe von Drogen, Kompensation und „Bestrafung“ durch Schmerz und Demütigung entwickelten sich bei Herrn C. zu dem stabilen Verhaltensrepertoire, welches seinen Lebensweg prägte. Beziehungen konnten nur unter der Bedingung von höchster Kontrolle, mit Distanz oder selbstschädigend mit devotem masochistischem Charakter geduldet werden. Trotz der toxischen Umgebung, welche Herr C. im weiteren Verlauf seines Lebens zielsicher aufsucht in devianten Peers und später auf der Straße in Form von ihm stets erneut demütigenden und missbrauchenden Freiern schafft er es immer wieder, bedingt durch seine Ressourcen im intellektuellen Bereich, Schule und Studium zu beginnen. Aber auch das darf nicht sein in seiner Vorstellung. Sobald es eine positive Qualität geben könnte wird das „Selbstzerstörungsprogramm aktiviert“. So ist die Manifestation des „Versagers“ eingeleitet. Während seiner Therapieaufenthalte erlebt Herr C. ihm fremde Gefühle von Geborgenheit, Schutz, Vertrauen und Zugehörigkeit. Diese wehrt er allerdings ab, indem er die Rolle des Co-Therapeuten einnimmt, mit seiner Intelligenz blendet und so das Solidaritätserleben mit den anderen opfert um sich seiner Trauer um den großen Mangel nicht stellen zu müssen.

6.5. Ressourcenanalyse

Die Integrative Therapie verfügt über eine sehr sorgfältig ausgearbeitete Ressourcentheorie (*Petzold* 1997p), wie sie für ein ressourcenorientiertes Vorgehen in der Therapie unverzichtbar ist.

Die wohl bedeutsamste Ressource von Herrn C. wurde aus der Not geboren. Durch die massive Ignoranz seiner Bedürfnisse wuchs die Fähigkeit sich zu schützen ins Unermessliche. Herr C. ist „Hochsicherheitsstrategie“ und ist dadurch bemerkenswert überlebensfähig. Es ist sein Drahtseil, sein Netz, was ihn trägt...und darauf vertraut er. Es ist seine ureigene Copingstrategie und diese ist jederzeit aktivierbar, wenn Gefahr im Verzug ist. Die Analyse, ob tatsächlich Gefahr oder ob altes Muster ist Teil seines bewussten therapeutischen Prozesses.

Bedingt durch die soziale Isolation und die häufigen Ortswechsell hat er, um in Kontakt mit anderen zu kommen über Leistung und Verantwortung agiert. Auch innerhalb der Familie konnte er über Leistung Anerkennung erhalten. Sein existentielles Thema benennt er „ich leiste...also bin ich“. Es ist seine Daseinsberechtigung und scheint zum einen pathologisch funktionalisiert, ist aber in der bewussten und Grenzen einhaltenden Weise als wichtige Ressource nutzbar. Wenn Herr C. seine enorme Leistungsfähigkeit im Sinne seiner Bedürfnisse einsetzen lernt, steht an, sie von seinem Wunsch nach Anerkennung zu trennen. Auch die Fähigkeit, Verantwortung zu übernehmen und anderen zu helfen ohne sich aufzulösen und zu verlieren ist eine Ressource von Herrn C. Es ist ein großer Wunsch von ihm, nach Abschluss des Studiums sinnvolle soziale Arbeit machen zu können, am liebsten mit missbrauchten Jungen.

Herr C. hat sich durch sein früh eingeleitetes „Doppelleben“ eine gute Kinderstube angeeignet, vorzugsweise für den Außenauftritt und um das „wahre Gesicht“ zu kaschieren. Von dieser „guten Kinderstube“ profitiert er mit solch Eigenschaften, wie Zuverlässigkeit, Hilfsbereitschaft, Loyalität. Auch seine Reflexions- und Introspektionsfähigkeit sind herausragend. Und zu guter Letzt sollte ich noch seinen wirklich guten Humor nennen, welcher uns schon über so manche Klippe geholfen hat.

6.6. Interaktionsanalyse

Die Interaktionsanalyse gründet in der Theorie der „Relationalität“ der IT, die über viele Jahre entwickelt wurde (*Petzold* 1980g, 2003a, 808,900)

Die in der Integrativen Therapie definierten Formen der Relationalität (*Petzold, Müller* 2005) waren Therapieinhalt und immanentes Ziel der Behandlung von Herrn C. Die über den Drogenkonsum und die negative Selbststimulierung ausgelöste Eigenauflösung der leiblichen Empfindungen und der Körpergrenzen mündeten in negative Konfluenzerfahrung (*Petzold* 2003a, 794f). In dieser Art des Kontaktes zu sich selbst oder zum anderen ist es unmöglich, wahrzunehmen wo der andere beginnt und das eigene aufhört. Es sind Verschmelzungserlebnisse, welche tendenziell in psychotische Bereiche einzuordnen sind. Abzugrenzen von diesen pathogenen Formen der Konfluenz sind positiv besetzte Konfluenzerlebnisse, wie man sie beim Orgasmus oder in so genannten Flow-erlebnissen (*Csikszentmihalyi* 1991) erfährt. Diese Differenzierung ist im therapeutischen Prozess gelungen, vor allem durch die bewusste Wahrnehmung und das Wiederherstellen der Fähigkeit, dem eigenen Gefühl trauen zu können, wie nah oder weit fühlt sich wer wie gut an.

Im weiteren Verlauf der Behandlung in der Dyade mit mir, sowie auch innerhalb der Gruppe waren sehr vielfältige und differenzierte Formen des Kontakts hinsichtlich der Dauer und der Intensität möglich. Herr C. war zunehmend fähig, Grenzen zu spüren und sein Bedürfnis nach mehr Nähe oder Distanz zu regulieren und auch vereinzelt direkt zu äußern. Zwar waren vor allem die begrenzenden und sich zurückziehenden Varianten mit viel Schuldgefühlen und Angst vor Zurückweisung besetzt, diese sind kognitiv bewusst und werden immer besser zu- und eingeordnet. So kam es im Verlauf unserer Arbeit zu sehr berührenden Begegnungen, wie sie von *Rahm et. al. 1999* beschrieben werden:

Begegnungen müssen äußerlich nicht dramatisch verlaufen. In Therapien zum Beispiel gibt es Momente des tiefen Verstehens und Verstandenwerdens zwischen KlientIn und TherapeutIn, in denen das spezielle Schicksal dieser KlientIn und das allgemein menschliche Schicksal gemeinsam erlebt werden.
(*Rahm et. al. 1999, 170*)

Die Erfahrung solcher Momente und das erste Erfahren von Stabilität, Intensität, Dauer und Kontinuität bedingt Vertrauensbildung und Authentizität. „Ich kann sein, wie ich will und du bleibst da“, war für Herrn C. letztendlich das Element in seinem therapeutischen Prozess, in dem alles Essenzielle des Heilungsprozesses liegt (siehe Kapitel 9 dieser Arbeit „Die vier Wege der Heilung und Förderung“, vgl. *Petzold, Orth, Sieper 2006*).

Das erstmalige Interesse an seiner Person, das erfahrene Verständnis und das Gefühl in seiner Ganzheit angenommen zu werden, befähigten Herrn C. zu ersten Schritten in Richtung von Beziehungs- und Bindungsfähigkeit.

Die Bindungsfähigkeit von Herrn C. in seiner Beziehung zur Partnerin ist geprägt von Ambivalenz und auch von co-abhängigen Tendenzen.

Hier findet er sich immer wieder in der Unterordnung und Zurückstellung seiner Bedürfnisse vor allem im Angesicht ihrer Leiden und auch determiniert durch seine Angst vor Verlust. Die zunehmende Bewusstheit dieser Verhaltensmuster und die angestaute Wut, weil immer wieder im Muster gefangen, unfähig, nein zu sagen verursachen allerdings immer kleiner werdende Krisen und Inszenierungen vom Drama, wie Trennung und Abwertung der/des Anderen.

Übertragungsphänomene sind unbewusste Vergegenwärtigungen alter Atmosphären und Szenen, in der Art und Weise, dass sie die Gegenwart verstellen und die Realität des Gegenübers nicht mehr gesehen werden kann (*Petzold 1980g; Renz, Petzold 2005*).

Spannende Momente im therapeutischen Prozess mit Herrn C. sind besonders jene gewesen, wenn er seine Wut und seinen Trotz auf mich projizierte. In späteren Analysen dieser „Zickenkriege“ war es meine Unbeirrbarkeit, welche ihn immer wieder auf den Boden der Realität brachten und ihm die Sicht frei machten auf das Eigentliche, was ihn treibt. Er konnte mit der Zeit das „Anfangsspiel“ (Schilderungen von allerhand Nebensächlichem als Ablenkungsmanöver) aufgeben, weil er mich nicht „hinters Licht“ führen konnte wie so viele, welche er „blenden“ konnte, weil sie sich „blenden“ ließen.

Bei mir selbst kam es an verschiedenen Stellen zur Gegenübertragung. Ich habe sie jedes Mal transparent gemacht und als Mittel benutzt, Herrn C. aus der Empfindung der Einsamkeit und der Einzigartigkeit hinsichtlich klar umrissener Probleme zu

holen. So kenne ich viele der pathogenen Strukturen aus eigener Erfahrung (konkordante Resonanzphänomene) und konnte ihm in vielen Momenten meine eigene Umgehensweisen nahe bringen. Thematisch verbanden uns das Gefühl des „Nicht gesehen werdens“, das verzweifelte Ringen um Selbstwert durch Leistung, die Angst vor Nähe und die Tendenz zur Flucht...um nur eine Auswahl zu nennen. Durch meine Erfahrung, meinen intensiven eigenen Prozess und meine Professionalität bin ich nicht einen Moment der Gefahr erlegen, in co- abhängige Muster zu fallen, sodass ich im Modus der komplementären Gegenübertragung geblieben bin und Herrn C. durchaus wohlwollend, wertschätzend und stützend konfrontieren konnte, wenn es hat sein müssen. In der komplementären Gegenübertragung habe ich die „gute Mutter“ besetzt und im weiteren Prozess durch die „sehende und nicht wegschauende Mutter“ ersetzt.

Widerstand wird in der Integrativen Therapie als die Fähigkeit des Ich betrachtet, sich gegen Einflüsse auf das Selbst und die Identität zur Wehr setzen zu können (*Rahm et al*1999). Er dient als Abwehr der Angst und vor anderen schmerzlichen Erfahrungen und zum Schutz der bisherigen Strategien. Widerstand, so betrachtet macht einen Sinn und sollte aufgeweicht und nicht gebrochen werden. Als vorteilhaft für den therapeutischen Prozess von Herrn C. ist der Zeitaspekt zu sehen. Vorsichtig werden die frühen Traumatisierungen gestreift und nichts forciert. Auf dem Kontinuum der Lebensspanne eintretende spätere Traumata, Störungen, Defizite und zeittextendierte Belastungen bergen stets die Möglichkeit einer Regression in das Zentrum dieses Erleben in sich. Herr C. kann diese Phänomene kognitiv klar benennen und einordnen. Auch sein Widerstand und einige seiner archaischen Abwehrmechanismen sind ihm bewusst. Diese Kenntnis ist zum einen durch seine Ressourcenausstattung und zum anderen durch einen über die Zeit andauernden Tiefungsprozess gereift. So hat er sich stets im Bewusstsein dessen, was aufkommen könnte, sehr überlegt für oder gegen ein „Eintauchen“ entschieden. Während der körpertherapeutischen Settings hat Herr C. wiederholt eine hohe Tiefungsebene (vierte Ebene der autonomen Körperreaktionen; *Petzold* 1974k) erreicht, welche allerdings eher spontan als induziert aufgetreten ist. Der protektive Widerstand, wie er in der Integrativen Therapie definiert ist, zeigt sich bei Herrn C. als vormals notwendige Mobilisierung gegen die Überflutungsgeschehnisse der Retraumatisierungen. Bewusst gemacht und transparent als Instrument genutzt ermöglicht er ein reifes und erwachsenes Umgehen mit aversiven Empfindungen, sodass diese die Identität nicht bedrohen können. Herr C. befindet sich durch diese konstruktive Auseinandersetzung mit seinem Widerstand und seiner Abwehr in einem stetigen Abgleichungsprozess zwischen dem kleinen hilflosen und ohnmächtigen Jungen und dem mittlerweile „großen und starken“ Mann mit mannigfaltigen, sehr differenzierten Handlungs- und Entscheidungsoptionen.

Wenn eine Umwelt chronisch traumatisierend oder defizitär ist und andere Formen der Bewältigung, der Beeinflussung (des Coping) noch nicht oder nicht mehr möglich sind, wenn die Intensität der Erregung und Angst sich bis zu Vernichtungsgefühlen steigert, bleibt als letzte Abwehr nur noch die Möglichkeit, das Fühlen selbst zu beseitigen. (*Rahm et. al.* 1999, 308)

Petzold (2003a, 582f) beschreibt vier Formen der archaischen Abwehr, welche im Repertoire von Herrn C. deutlich zum Tragen kommt.

- die Regression
- die Retroflexion
- die Anästhesierung
- die Spaltung

Abwehrmechanismen haben Schutzfunktion und können demnach als Bewältigungs – und/oder Überlebensstrategien gewertet werden. Auch das hohe Maß an Anpassungsfähigkeit und die Leistungsorientierung von Herrn C., sowie seine „Flucht in die innere Emigration oder Auflösung“, die Tendenz zur Selbstzerstörung, die Devianz und der Drogenkonsum sind in diesem Sinne einzuordnen.

6.7. Netzwerk- bzw. Lebensweltanalyse

Um das soziale Netzwerk zu analysieren bezüglich seines stützenden, protektiven oder aber möglicherweise auch seines schädigenden Potentials erhält Herr C. von mir den Auftrag, seine „Netzwerkkarte“ in der Art eines Soziogrammes oder des sozialen Atoms (*Moreno* 1947) zu erstellen. Eingeteilt ist diese Netzwerkkarte in der Diagnostik der IT (*Petzold, Orth* 1994) in drei Entfernungszonen vom Kern in der Mitte (Kernzone, Mittelzone und Randzone) und in 5 Bereiche des Sozialen Miteinanders (Familie, Verwandte, KollegInnen, Nachbarn und FreundInnen und professionelle HelferInnen).

Herr C. lebt alleine in einem kleinen Ort in der Nähe seiner Eltern. Die meisten Menschen im Netzwerk sind eher in der Mittel- und Randzone angesiedelt, so auch die Familie. Diese empfindet er zum einen stützend, ist sich allerdings der Labilität dieses Systems bewusst und weiß, wie schnell diese Stütze in pathogene, co-abhängige und daher schädigende Begleitung mutieren könnte, wenn einer der Beteiligten dieses Systems nicht mehr mitspielen wollen würde. In der Nähe des Kerns befindet sich seine Partnerin, „drei beste Freunde“ und ich im Raster der professionellen HelferInnen. KollegInnen und KommilitonInnen sind vorhanden, die Menschen aus der Selbsthilfe sind in der mittleren Zone anzutreffen. Beim Besprechen dieses Netzwerkes wird deutlich, wie groß die Schwierigkeiten von Herrn C. sind, in Kontakt oder in Beziehung zu gehen. Die Distanz, welche es zu überbrücken gilt, ist die Angst vor wirklicher Begegnung, vor dem Eingestehen der Schwächen, der Hilflosigkeit und dem geringen Selbstwert. Herr C. betrachtet die Netzwerkkarte und erkennt seine Möglichkeiten, diese nicht wenigen Kontakte konstruktiv im Sinne von Lebenszufriedenheit und Stütze zu aktivieren. Er formuliert aber auch sehr deutlich sein Unvermögen, initiativ zu werden oder auch jemand um Hilfe zu bitten. Seine Netzwerkaktivität beschränkt sich momentan noch zum größten Teil auf die Position des Gebers, des Helfers, des Daseienden für alle.

7. Behandlungsverlauf und Formulierung von sequentiell realistischen Therapiezielen

Um die Verbindung meiner Intentionen, nämlich die Einzelprozessdarstellung und eine meiner Meinung nach idealtypische Behandlungsmethodik zu verdeutlichen,

werde ich der Vollständigkeit halber die vorangegangenen, nicht von mir begleiteten Sequenzen, aber nicht weniger wichtigen Zwischenstationen der „Karrierebegleitung“ (*Petzold, Hentschel* 1991) von Herrn C. zusammenfassend beschreiben. Die Angaben zu den drei vorangegangenen Therapien sind mit Herrn C. gemeinsam retrospektiv erarbeitet worden, die Angaben aus der vollstationären Phase entstammen dem Abschlussbericht und der kollegialen Übergabe. Nach der Dokumentation der jeweiligen Behandlungsphase werde ich abschließend die in dieser Phase realisierten Ziele aufzählen.

Der Hintergrund dieses Vorgehens ist die von *Petzold* für die „Karrierebegleitung“ formulierte Feststellung, dass jede „Karrieresequenz“ ein bestimmtes Potential an Veränderungsmöglichkeiten und ein spezifisches Zielvolumen hat, das festgestellt und ausgeschöpft, nicht aber überzogen werden sollte, um demotivierendes Scheitern zu verhindern.

7.1. Frühere Behandlungsversuche

7.1.1. Verlauf

Herr C. absolvierte seine erste Therapie aufgrund von massiven Drucks seitens seiner Eltern, welche bis heute nicht über das wahre Ausmaß seiner Abhängigkeit informiert sind. Die Konzeption in einer Klinik für alkoholranke Männer ging daher zum größten Teil an der Problematik von Herrn C. vorbei. Während seines Aufenthaltes habe er seine Schmerzen nach einer Achillessehnenruptur mit dem exzessiven Konsum von Valoron und Tramal behandelt, was aber nicht aufgefallen sei. Die anschließenden 5 Wochen in Synanon und auch die zweite Maßnahme in Münchwies verbucht Herr C. als Erholung seines Körpers zwischen unzähligen Entgiftungsversuchen und Psychiatrieaufenthalten, in welchen er mit Psychopharmaka bestückt, wieder in die Welt geschickt wurde. Auf therapeutische Inhalte habe er sich zu dieser Zeit aufgrund seines Widerstands noch nicht einlassen können.

Die Beantragung der Therapie in Eiterbach erfolgte in einer Zeit der absoluten Orientierungs- und Hoffnungslosigkeit. Die hochdosierten Psychopharmaka und Neuroleptika und der Konsum von allen anderen Substanzen haben seinem Körper und seiner allgemeinen Verfassung deutlich Schaden zugefügt. In Eiterbach sei er das erste Mal hoch motiviert gewesen, schildert Herr C. Er sei allerdings mit den dortigen Behandlungsbedingungen nicht zurecht gekommen. Der Schwerpunkt auf Arbeitstherapie und die permanente Konfrontation mit § 35-Klienten haben eine Öffnung seinerseits unmöglich gemacht. Da zu der Zeit seines Aufenthaltes dort ständig PatientInnen rückfällig gewesen seien, habe er sich „zur Erleichterung“ Heroin liefern lassen. Er sei nicht erwischt worden, habe aber die Behandlung abgebrochen.

7.1.2. Ziele

Unter Zugrundelegung der Zieltheorie des Integrativen Ansatzes (*Petzold, Leuenberger, Steffan* 1998/2010) wurde auf die gemeinsame Erarbeitung von Zielen und die Berücksichtigung des abschätzbaren Potentials erreichbarer Ziele in dieser Behandlungssequenz besonderer Wert gelegt.

- Wiederherstellung der Gesundheit
- Erholung und Entspannung

7.2. Stationäre Phase in der Rehaklinik Freiolsheim

7.2.1. Verlauf

Herr C. zeigte zum einen große Anpassungsfähigkeit im Gruppensetting, erkennbar war aber auch ein großes Misstrauen und eine eher abwartende Haltung anderen gegenüber. Nach intensiven Bemühungen seitens der Bezugstherapeutin lies Herr C. sich langsam auf eine Öffnung in der Einzeltherapie ein. Den Beginn seiner Suchtmittelabhängigkeit brachte er eindeutig in Zusammenhang mit dem sexuellen Missbrauch durch seinen Vater, welcher ihn in Form von „flashbacks“ und Alpträumen bis heute immer noch einholen würde. Zur Aufarbeitung dieser belastenden Erlebnisse wurde Herr C. zu unserer Psychiaterin verwiesen. Die zumindest ansatzweise erfolgte Aufarbeitung der kindlichen Vergangenheit stellte für Herrn C. eine wichtige rückfallprophylaktische Maßnahme dar. Während er zu Beginn der Therapie Nacht für Nacht von Alpträumen heimgesucht wurde, welche heftiges Suchtverlangen auslösten, waren diese gegen Ende der Therapie seltener. Auf den Vorschlag, seine Mutter in die Aufarbeitung der Vergangenheit mit einzubeziehen, wollte er sich bis zum Ende der Therapie nicht einlassen. Als Begründung führte er an, dass er seit einigen Jahren ein gutes Verhältnis zu seiner Mutter aufgebaut habe, welches er nicht zerstören wolle. Das oben genannte Misstrauen oder die Vorsicht im Kontakt mit Anderen hielt Herr C. im Laufe der Intensivphase weiter aufrecht. Kritik an MitpatientInnen übte er recht verhalten, und er schien großen Wert darauf zu legen, beliebt zu sein. Darauf angesprochen, bestätigte er diesen Eindruck weitestgehend und erklärte, dass er sich ziemlich einsam fühle und hoffe, über die Therapie hinaus Bekanntschaften aufrechterhalten zu können. Die Gefahr, welche die nach außen bedingungslose Akzeptanz Anderer in sich birgt, war sich Herr C. bewusst, dennoch dauerte es bis gegen Ende der Behandlung, dieses Verhalten in großen Teilen abzulegen. Kurz vor Verlegung in die Tagesklinik fanden wir bei Herrn C. eine nicht abgegebene Kreditkarte, womit er einen gravierenden Regelverstoß begangen hatte. Wir beschlossen, ihn eine Woche später zu verlegen, um ihm Gelegenheit zu geben, sich mit seiner kriminellen Vergangenheit, seinem Doppelleben und den Folgeschäden auseinanderzusetzen. Die von Beginn an vorhandene Therapie- und Abstinenzmotivation von Herrn C. hat bis zur Verlegung in die tagesklinische Behandlung angehalten, wobei er - wie sich gegen Ende der Intensivphase herausstellte – sein kriminelles Potential verschwiegen hat bzw. wir dieses unterschätzt hatten. Herr C. beteuerte allerdings, dass er von früherer Kriminalität Abstand nehmen wolle, zumal diese in engem Zusammenhang mit seinem Drogenkonsum gestanden habe. Generell äußerte sich Herr C. sehr zufrieden mit seinem Therapieverlauf, dem Therapieprogramm und den therapeutischen Angeboten, welche er in Anspruch genommen hatte. Während seiner 5. Therapie habe er noch all die Kompetenzen und das entsprechende Wissen für ein suchtmittelfreies Leben erwerben können, die ihm zuvor gefehlt hätten. Die tagesklinische Weiterbehandlung sei für ihn dennoch wichtig, um das in der Theorie erlernte in der Praxis erproben zu können.

7.2.2. Ziele der stationären Phase

- Festigung der Abstinenz
- Erarbeiten eines Rückfallgeschehen-Modells
- Entwicklung rückfallprophylaktischer Maßnahmen
- Verbesserung der psychischen und physischen Belastbarkeit
- Verbesserung der sozialen Kompetenz und Performanz
- Verbesserung der Kritikfähigkeit
- Verbesserung der Abgrenzungsfähigkeit
- Verbesserung der Selbstakzeptanz

7.3. Tagesklinische Phase

7.3.1. Verlauf

Nach Abschluss der stationären Therapie in der Reha-Klinik Freiolsheim hatte sich Herr C. für eine weitergehende tagesklinische Behandlung entschieden. Herr C. wollte aufgrund seiner gewünschten Rückkehr nach Karlsruhe die tagesklinische Struktur zur Stabilisierung seiner Therapieziele und zur Festigung seiner Abstinenzmotivation nutzen.

Mit Herrn C. wurde von Beginn an intensiv einzel- und gruppentherapeutisch gearbeitet. Darüber hinaus nutzte er die indikativen Angebote in den Bereichen Sport, Rückfallprävention, Körper - und Tanztherapie, Familientherapie, Akupunktur und Kunsttherapie.

Der Einstieg in den Therapiealltag gelang Herrn C. problemlos. In der Gruppentherapie fiel ihm zu Beginn durch seine co-therapeutische Haltung und seine oftmals zwar kognitiv analytisch korrekten, aber emotional distanzierenden Äußerungen die Integration schwer. Herrn C. konnte seine kommunikative Störung weitgehend bewusst gemacht werden und er begann daraufhin, angemessenere Formulierungen zu benutzen und sich in die Gruppe einzugliedern.

Dies stellte anfangs eine große Herausforderung für ihn dar. Die Performanzdefizite seiner ansonsten recht gut ausgeprägten sozialen Kompetenz und Anpassungsfähigkeit und der ihm recht geläufigen intellektuellen Umgangsweise, also Performanzschwächen, bekam Herr C. im Verlauf seiner tagesklinischen Behandlung sehr gut in den Griff. Er engagierte sich in der Gruppe und setzte sich sehr offen und aktiv mit sich und den anderen Gruppenmitgliedern auseinander, wirkte also im Gruppenprozess förderlich (*Orth, Petzold 1995*).

Im Rahmen der psychotherapeutischen Arbeit stand für Herrn C. die Auseinandersetzung mit seinem mangelhaften Selbstwertgefühl (*Keller 2007*) im Vordergrund. Diese Kernthematik zeigte sich zum einen an der Inszenierung einer Co-Therapeutenrolle innerhalb der Therapiegruppe, aber auch an der recht schwachen Abgrenzungsfähigkeit gegenüber selbstschädigenden Verhaltensweisen im Freizeitbereich. Von Beginn der tagesklinischen Behandlung an verbrachte Herr C. extrem viel Zeit am Computer. Er brachte es nicht fertig, sich selbst eine zeitliche Begrenzung für das Surfen und Chatten im Internet zu setzen. Im Freizeitbereich fiel es Herrn C. ebenfalls schwer, genügend Disziplin aufzubringen, sich zu aktiven Betätigungen, wie Sport oder anderen Hobbys zu motivieren. Er pflegte darüber hinaus während seiner gesamten tagesklinischen Behandlung eine ihm eher schadende Beziehung zu einer Frau aus der sadomasochistischen Szene. Im gruppentherapeutischen Setting war er sehr bereit, aktiv an möglichen

Bewältigungsstrategien zu arbeiten. Herr C. wurde vermehrt darauf hingewiesen, dass er nichtstoffliche Abhängigkeiten kompensatorisch nutzt, um sich seiner Unsicherheit im sozialen und zwischenmenschlichen Bereich nicht stellen zu müssen. Zudem führt er den in seiner bisherigen Sozialisationsgeschichte permanent erfahrenen und erlebten Missbrauch selbsttätig weiter, ganz im Sinne des „Interiorisierungskonzeptes“ der Integrativen Therapie - das hier auf *Vygotskij* (1992) zurückgreift, nach dem verinnerlichte Erfahrungen (gute wie schlechte) auf das eigenes Selbst gerichtet werden, wie auch auf andere, weil das Selbst für das Ich auch ein Anderer ist (*Petzold* 2001p mit *Ricoeur* 1990). Herr C wurde missbraucht, interiorisiert den Missbrauch, missbraucht sich selbst und missbraucht (etwa durch seine kriminellen Handlungen) auch Andere (*Petzold, Orth, Orth-Petzold* 2009). Therapieziel ist: durch erfahrene Wertschätzung in der Therapie Wertschätzung zu interiorisieren und ein besseres Selbstwertgefühl zu entwickeln.

Einzelgespräche nahm Herr C. intensiv, regelmäßig und sehr motiviert in Anspruch. Es gelang ihm, eine stabile und tragfähige Beziehung zu mir aufzubauen und im Rahmen des Einzelsettings die von ihm während des stationären Aufenthalts in der Rehaklinik Freiolsheim eher gemiedenen, weil unangenehmen Themen wie Sexualität und Beziehungen zu besprechen. Auch den im Alter von 6 Jahren begonnenen sexuellen Missbrauch durch seinen Vater konnte Herr C. ansprechen und in Verbindung mit seiner Suchterkrankung und seinen autoaggressiven Verhaltensmuster sehen. Für Herrn C. war es sehr hilfreich, seine Suchterkrankung nicht als Charakterschwäche und Versagen oder auch als genetischen, und daher unabänderlichen Anteil seitens seines Vaters einzuordnen. Erklärungsmodelle, welche die Suchterkrankung und auch seine früh diagnostizierte Borderlinestörung als missglückten Lösungsversuch anzunehmen, war für Herrn C. neu, aber nachvollziehbar und selbstwertdienlicher als seine bisherigen „subjektiven Theorien“ der Suchtentstehung.

Insgesamt zeigte sich Herr C. sehr bereit, an seinen persönlichen Themen zu arbeiten und setzte neue Erkenntnisse weitgehend um. Gegen Ende der tagesklinischen Behandlung war er dann auch fähig, seine mit sich selbst im Voraus vereinbarten Zeiten am Computer einzuhalten. Die ungute Beziehung zu der erwähnten Frau konnte er bis dahin nicht lösen, da er für sich noch keinen adäquaten Ersatz gefunden hatte. Herr C. ist sich der Gefahr dessen bewusst und weiß um die Notwendigkeit einer weitergehenden ambulanten Therapie. Bedingt durch die Kürze der uns verbleibenden Therapiedauer verzichteten wir bei Herrn C. auf die Absolvierung eines Betriebspraktikums. Um die für ihn notwendige Tagesstruktur zu halten, wird sich Herr C. recht zeitnah um eine Arbeit bemühen, regelmäßig die Selbsthilfe aufsuchen und ambulant weiterhin an seinen relevanten Themen arbeiten.

Die Auseinandersetzung mit seinem Drogenfunktionsmuster und der potentiellen Rückfallgefährdung durch den im Freizeitbereich praktizierten „riskanten Lebensstil“ führte bei Herrn C. zur Formulierung einer Abstinenzmotivation, welche zum heutigen Zeitpunkt Alkohol explizit mit einbezieht.

Herr C. erlebt sich am Ende seiner Therapie als deutlich gelassener und belastbarer im Alltag und auch bei auftretenden schwierigen Situationen. Zudem sei er offener und direkter in der Kommunikation geworden. Die Veränderung seines Selbstbildes, seines Selbst- und Identitätserlebens (*Petzold* 2001p, 2003a) spüre er deutlich.

7.3.2. Ziele der tagesklinischen Phase

- Abgrenzung zum Drogen konsumierenden Milieu
- Realitätstraining (Lebensgestaltung im Spannungsfeld von Arbeit und Freizeit)
- Ausbau der bereits vorhandenen Kompetenzen und Performanzen im Bereich Kommunikation, Interaktion und Kontaktgestaltung
- Entwicklung eines nicht süchtigen Freizeitverhaltens
- Reduktion der „Verhaltenssüchte“
- Förderung eines abstinenter Krisenmanagements
- Vorbereitung auf die ambulante Weiterbehandlung

7.4. Erste Sequenz der ambulanten Behandlung

7.4.1. Verlauf

Das erste Jahr des selbstbestimmten therapeutischen Prozesses von Herrn C. zeichnete sich durch eine beeindruckende Zuverlässigkeit der Einhaltung aller Termine aus. Wir einigten uns auf zunächst wöchentliche Einzelsitzungen, welche Herr C. stets wahrnahm. Inhaltlich blieb der Prozess ganz nah an den Bedürfnissen von Herrn C. Ab hier nahm er auch das von mir angebotene „Du“ an, einer „grenzenbewussten Nähe“ im Sinne der integrativen Affiliationstheorie (*Petzold, Müller 2005*). Er kam, umarmte mich, holte sich einen Kaffee und setzte sich sogleich auf seinen Platz, um „loszulegen“. Er hatte während der Woche immer viel erlebt und daher „viel zu erzählen“. Eine ganze Zeit ließ ich ihn in seinem „Rappotieren“ drin und hörte aufmerksam zu. Ich achtete jedoch stets darauf, genügend Zeit übrig zu haben, um seinen „Außenaustritt“ zur inneren Befindlichkeit zu lenken. Das amüsierte Herrn C. immer wieder und nach einer kurzen „Zickigkeit“ ließ er sich auf die emotionalen und/oder leiblichen Phänomene seines Prozesses ein.

Ich beteuerte ihm auch immer wieder aufs Neue, wie ich seine ihm ganz eigene Regulationskompetenz schätze. Durch dieses „Spiel“ sorgte er meines Erachtens dafür, nicht überfordert zu werden und nicht in die Abwehr gehen zu müssen. Die ersten Wochen waren thematisch auf die Organisation seines Lebens fokussiert. Eine eigene Struktur entwickeln, Freizeit sinnvoll und auch mit Spaß zu füllen, neue und alte cleane Kontakte zu akquirieren, sich um den Lebensunterhalt zu kümmern und allgemein „Gefallen am cleanen Leben zu finden“ und es nicht nur „krampfhaft auszuhalten“.

Großes und zentrales Thema wurde der Themenkomplex „Kontakt, Begegnung, Beziehung, Bindung“ (*Petzold, Müller 2005*). Im Alltag lebte Herr C. seine sadomasochistische, ausschließlich auf harten Sex fixierte Beziehung zu einer gleichgesinnten Frau, welche er recht klar als Überbleibsel seiner selbstzerstörerischen Tendenz identifizieren konnte. Er benötigte „wenigstens einen Kick“, meinte er, da seine Reizschwelle durch sein High-Risk-Leben eben sehr hoch sei. In unseren Gesprächen ermutigte ich ihn, doch einfach mal auszuprobieren, was es noch so gibt oder auch zu überprüfen, ob er nicht doch homosexuell sei. Er wertete sämtliche „normalen“ Spielarten von Sexualität und Erotik als „Blümchensex“ ab, und ich provozierte ihn dahingehend, dass er mit seiner Abwertung nur seine Angst vor Nähe und wirklicher Begegnung kaschiere. Das lief wieder in unserem gewohnten „Spiel“, und Herr C. konnte das auch ein Stück weit eingestehen. Er sei einfach noch nicht soweit, er wisse in Bezug auf seine sexuelle Orientierung gar

nichts, habe Angst ebenfalls pädophil zu sein wie sein Vater und leide phasenweise unter enormen sexuellen Druck, welchen er bei den Treffen mit dieser Frau loswerden könne.

Dies kann ich lassen und wir betreten eine neue Phase des Prozesses. Während der folgenden Zeit arbeite ich leibtherapeutisch mit Herrn C. Intention meinerseits ist die Arbeit mit der „heilenden Berührung“ und die dadurch aktivierte positive Leibinformation (*Petzold 2000c*). Durch den massiven sexuellen Missbrauch, welchen Herr C. im Verlauf dieser Auseinandersetzung detailliert und uneingeschränkt schildert, hat er früh sein leibliches Spüren abspalten müssen. Die heilende Berührung versucht ganz behutsam, den leiblichen Abspaltungsprozess aufzuheben und positive Körpersensationen den schädigenden entgegenzusetzen. Herr C. reagiert extrem heftig auf diese Interventionen und versucht, auszuhalten obwohl er sofort bei Auftreten von unangenehmen Empfindungen Stopps signalisieren sollte. Wir einigen uns darauf, diese Arbeit an anderer Stelle wieder aufzunehmen, bei einer stärkeren Stabilität des Allgemeinbefindens. Die direkte Arbeit an den ursächlichen Traumatisierungen scheint Herrn C. allerdings sehr zu erleichtern. Thematisch geht es zu dieser Zeit um Schuld und Scham. Gefühle, welche zu den „Weggefährten“ von MissbrauchspatientInnen gehören. Man gewinnt schnell den Eindruck, dass es in Verbindung mit einem Bündel weiterer aversiver Gefühle ein sehr manifestes Gefüge ist, mit welchem man es hier zu tun hat. Bei der versuchten Annäherung an Identifikationen mit eher angenehmen Gefühlszuständen konnte Herr C. über eine längere Zeit nicht viel zum Prozess beitragen aus Unkenntnis und auch aus Angst davor. Er brachte aber seine Bereitschaft zur Mitarbeit ein.

Während dieser Phase des Prozesses lebte Herr C. seine homosexuelle Seite mit einem jungen Mann aus und beendete die sadomasochistische Beziehung zu der erwähnten Frau. Zeitweise schien er fast glücklich, dann reduzierte er sein positives Erfahren mit Zuschreibungen, welche nicht sehr selbstwertdienlich waren. So schilderte er den jungen Mann als eine Art Lustknaben und erging sich, wie stets in Spott über die, die tatsächlich noch an Liebe oder den Weihnachtsmann glauben. Positive Begleiterscheinung dieser Liaison war eine gesteigerte Aktivität, weg vom Internet und von pornographischen Chats. Herr C. ging mit seinem jungen Liebhaber aus, unternahm gemeinsam mit ihm wohlthuende Dinge, wie Sauna und Tanzen und zeigte sich in der Schwulenszene.

Zusammengenommen war diese erste Behandlungssequenz außerhalb des klinischen Settings die Auseinandersetzung mit dem Themenkreis Kontakt, Begegnung und Beziehung. Wichtig bei allen Varianten dieser Thematik war die sich sehr intensiv und tiefend gestaltende Beziehung zu mir als Therapeutin.

Festzustellen, dass jemand da ist, zuhört, nicht verurteilt, sich ebenfalls einlässt und sich nicht hinter professionellen Redensarten versteckt, war Basis für einen sehr schmerzhaften Prozess hinsichtlich des sehr langsamen und vorsichtigen Herantastens an das Trauma, und das Betrachten der dadurch entstandenen Defizite und Ängste.

Zentral und sehr spannend in dieser Phase des Prozesses waren auch das völlige Verschwinden von Suchtgedanken, Suchtdruck und die sehr exzessive Kompensation durch das ihm vertraute suchthafte Verhalten.

7.4.2. Ziele

- Auseinandersetzung mit Emotionen
- Körpertherapeutische Interventionen
- Erhalten einer Vorstellung von der Fähigkeit, zu vertrauen
- Einhaltung einer selbstbestimmten Struktur (Alltag und Freizeit)
- Tiefung
- „Ich zeige mich (in meiner Schwäche und Unzulänglichkeit) und du bleibst da“
- Wirkliches Selbst versus Inszeniertem Selbst

7.5. Zweite Sequenz (Paarbehandlung)

7.5.1. Verlauf

Im Februar 2008 schmeißt Herr C. seinen „Lustknaben“ raus. Vorausgegangen ist eine Akkumulation von Beziehungsgestaltungen, welche ihn immer mehr in die Enge getrieben hatten. Genau genommen musste er sich der Einsicht stellen, dass nicht er derjenige ist, welcher die anderen benutzt, sondern dass es sich eben gerade umgekehrt verhält. Er hat sich zu dieser Zeit zunehmend mit ehemaligen Abhängigen umgeben, welche zum Teil aktiv konsumierten und hat an und mit diesen seine Helferpersönlichkeit ausgelebt. Dass Altruismus nicht ausschließlich uneigennützig ist, konnte er sehr gut nachvollziehen. Auch die Gefährdung und das Spiel mit dem Feuer leuchteten ihm ein. Allerdings waren seiner Meinung nach die ihn umgebenden Gestalten von ihm abhängig und nicht er von dem Gefühl des „Gebrauchtwerdens“. Dies war zunächst bitter und sehr verletzend, fügte sich dennoch in seinen bisherigen Erkenntnisprozess. Zeitgleich bemängelt er einen „Stillstand“ und daraus resultierend große Unzufriedenheit. Ich schlug ihm vor, sich einmal mehr die von ihm geschickt umgangenen und gemiedenen Themen anzuschauen und probierte es, wie schon öfter, mit dem Thema „Mutter“. „Dazu gibt es nichts zu sagen und ich solle mich von meinen freudianischen Vorstellungen verabschieden“, war die Antwort. Herr C. war sauer und ich empfand dies als einen Fortschritt im Therapieprozess. Die folgenden Wochen ging er wieder in eine Art „Zickenkrieg“. Er besuchte fast täglich eine der NA-Gruppen, engagierte sich dort als Sponsor und ging völlig in der ihm bisher unbekanntem „Spiritualität“ auf. Mit mir fing er das „Streiten“ an, weil er meine eher skeptische Haltung zur hiesigen NA kennt. Nach einigen Wochen erzählte er mir von einer Frau, die er bei NA kennen gelernt habe. Sie sei seit langer Zeit clean, ebenfalls Missbrauchsoffer, 50 Jahre alt und habe zwei erwachsene Töchter. Auf einer spirituellen Ebene seien sie wie Seelenverwandte und er glaube, er sei verliebt. Die beiden gingen vorsichtig eine Beziehung ein. Herr C. stellte mir seine Partnerin vor und ich hatte den Eindruck, die Beziehung sei sehr stimmig. Ich hatte Herrn C. nie so differenziert und umsichtig erlebt und so rührend bemüht, souverän zu sein. Mitte September kam Herr C. mit dem Anliegen, seine Partnerin zu Gesprächen mitbringen zu dürfen. Zusammenfassend handelte es sich bei dieser Sequenz im therapeutischen Prozess von Herrn C. um die Aufrechterhaltung eines Schutzes bei dem Versuch, sich in die Nähe zu einem anderen Menschen zu begeben. Immer wieder haderten sie um die möglichst richtige Nähe- und Distanzregulierung, inszenierten unsägliche Geschichten, um wieder flüchten zu können und sahen sich dabei die ganze Zeit doch selbst in die Augen. Wie bringen wir es fertig, in den Bereich der Schwäche zu

gehen und uns trotzdem nicht aufzulösen oder uns dem anderen auszuliefern? Das war die Frage.

7.5.2. Ziele

- Erkennen der Schutzstrategien
- Auseinandersetzung mit Beziehung
- Sexualität
- Nähe- und Distanzregulierung

7.6. Dritte Sequenz

7.6.1. Verlauf

Diese Sequenz wird in den folgenden Einzelsettings dokumentiert. Ich möchte den Verlauf am Ende als aktuellen Therapieprozess in einer Art Resümee zusammenfassen.

7.6.2. Ziele

Die Ziele werden zur Orientierung im Vorfeld formuliert, und im Idealfall bewegen wir uns an ihnen während des Behandlungsverlaufs entlang. Es gibt sehr allgemein gehaltene Ziele in der Suchtarbeit, diese sind alle in einem früheren Stadium angestrebt und zum Teil durchgearbeitet und auch erreicht worden. Sie nennen sich „totale Abstinenzorientierung“, „Rückfallprophylaxe“ und ähnliches. Für den im weiteren Verlauf des Behandlungsjournals sich konstituierenden Prozess ist eine solch klare Zielformulierung im Vorfeld nicht erfolgt, weil schlicht und ergreifend nicht möglich. Sie werden als nicht sinnvoll erlebt, nicht unbedingt von „Mehrwert“ gekennzeichnet. Einzig das Ziel oder Anliegen von Herrn C. zu Beginn der erneuten Kontaktaufnahme ist ein klar formuliertes und am Bedürfnis orientiertes Ziel. Da die Begleitung noch anhält, lasse ich das übergeordnete Anliegen, im expliziten Auftrag erwähnten „Sichtung oder auch Sortierung“ den Prozess bestimmen und halte mich ganz eng am impliziten Bedürfnis des „Daseins“ und gebe Herrn C. die „sehende Mutter“ zur Hand.

8. Dokumentation des dyadischen Settings

In der IT können wir aufgrund des Intersubjektivitätsprinzips der systemischen Sichtweise, des kommunikationstheoretischen „*Watzlawik-Axioms*“ („Man kann nicht nicht kommunizieren“) und der neuromotorischen Spiegelneuronenforschung (*Rizzolatti et. al.* 1996; *Rizzolatti, Sinigaglia* 2009) nicht von „Einzeltherapie“ sprechen, weil die Therapeutin immer mit in den Therapieprozess einbezogen ist, mit *Gabriel Marcel* (1985) spricht die IT von „Zwischenleiblichkeit“ (*Petzold* 1985g, 2009c), von „intersubjektiver Synchronisation“, die sich von Säuglingszeiten an in dyadischen und polyadischen Konstellationen vollziehen. Statt „Einzeltherapie“ - den Begriff behalten wir natürlich umgangssprachlich bei - wird fachsprachlich von „dyadischer Therapie“ und von „dyadischem Setting“ gesprochen.

Ich habe mich dazu entschieden, nicht unbedingt linear aufeinander folgende einzelne Sitzungen zu dokumentieren, sondern diese 8 geforderten Sitzungen

auszuwählen. Zu Beginn schildere ich den Verlauf der Sitzungen und beschreibe meine Hypothesen, Deutungen und Interventionen. In Klammern setze ich die verwendeten 14 Wirkfaktoren der Integrativen Therapie in Kürzel. Diese sind in Kapitel 10 für interessierte und möglicherweise den Integrativen Termini nicht vertrauten LeserInnen aufgeschlüsselt. Nach jeder Sitzung folgt die Reflexion der Sitzung, bezogen zum einen auf den Prozess von Herrn C. (Viation I) und zum anderen auf meine Strategien und Interventionen (Trajekt) und meinen eigenen Prozessen (Viation II), wie im Integrativen Modell konzeptionalisiert wird (*Petzold 1988n/1996 228ff, 281*).

Wie in Kapitel 7.4.1. bereits erwähnt, nahm Herr C. zu Beginn seiner selbstbestimmten Einzelstunden das von mir im Kontakt mit PatientInnen aus dem Drogenbereich bei stimmiger **Affiliation** (und nur dann) bevorzugte „Du“ an. Diese Anrede werde ich im weiteren Verlauf meiner Dokumentation benutzen und hoffe, nicht damit zu irritieren. Ich empfinde diese Veränderung sehr stimmig und passend für den nunmehr folgenden „Tiefungsprozess“ (*Petzold 1988n/1996a*).

8.1. Die „Fünf Säulen der Identität“

Nach der Wiederaufnahme der dyadischen Therapie (Einzelsitzungen) und der Formulierung des Anliegens von Adrian erkläre (LM) ich ihm die „5 Säulen der Identität“ nach dem Modell der Integrativen Therapie (*Petzold 2003a, 2001p*). Ich beschrifte fünf Kärtchen mit den Bezeichnungen der Säulen und lege sie im großen Therapieraum aus. Anschließend lasse ich Adrian sich in die Mitte des Raumes stellen und mache eine „Zentrierungsübung“ (*Waibel, Jakob-Krieger 2009*), d.h. ich leite ihn an, ruhig zu atmen, seinem Atem zu folgen und sich ganz auf den Moment, seinen Atem und seine Präsenz in der gelebten Gegenwart zu konzentrieren (LB). Dann bitte ich ihn, die 5 Orte und die dazugehörigen Kärtchen aufzusuchen und sich jeweils in diese Säulen der Identität zu begeben, sich wenn es geht darin zu versenken, auf mögliche aufkommende Gedanken und Gefühle zu achten und diese zuzulassen. Schön wäre eine kleine Bewegung, wenn sie sich formen würde zum Abschied jedes Ortes. Am Ende dieser Übung führe ich Adrian wieder in die Mitte und lasse ihn wieder bei sich und seinem Platz ankommen. Danach bitte ich ihn, die Säulen und die erinnerten und/oder situationsspezifischen Bilder und aufgetretenen Assoziationen zu malen (KG), wähle also die Arbeit mit „kreativen Medien“ (*Petzold, Orth 1992a/2007*). Bei der Betrachtung des Bildes erkennen wir die momentane Problematik der Lebenssituation wieder. Ganz deutlich zeigen sich die beiden Säulen „*Arbeit und Leistung*“ und „*Materielle Situation*“ als diffus, instabil und äußerst „mickrig“, wie Adrian es beschreibt. Wir streifen zu Beginn die Säulen „*Leiblichkeit, Beziehungen/soziales Netz*“ und „*Werte und Normen*“ und Adrian erklärt jede einzelne im Moment als zufrieden stellend, zwar in permanenter Bewegung aber im Sinne eines positiven Prozesses (PZ).

Nach dieser Form der Ressourcenaktivierung (*Petzold 1997p*) und des Bewusstmachens der „protektiven und supportiven Faktoren“ (*Petzold, Müller 2004c*) schauen wir uns die beiden defizitären, eng in Zusammenhang stehenden Bereiche an. Ich lasse Adrian schildern, was ihn im Moment so sehr in die Überforderung bringt.

Er berichtet zu Beginn vom Studium, welches „eigentlich“ sehr gut läuft und auf meine Frage nach dem „Uneigentlichen“ oder dem typischen „aber“ ihn extrem in Stress bringt. Nach weiterem Explorieren der Stressfaktoren landen wir bei einer Arbeitshaltung und einem diese Haltung unterstützenden „Attributionsstil“ (*Flammer*

1990; *Stroebe et.al. 2003*), welcher nicht sehr selbstwertdienlich ist (*Keller 2007*). Konkret lädt sich Adrian ein kaum zu bewältigendes Arbeitspensum auf, seien es Präsentationen, Hausarbeiten oder Entwicklungen und Verpflichtungen im Softwarebereich der Uni, in dem er arbeitet. Dieses Pensum wäre schon für einen sehr disziplinierten Menschen eine Herausforderung und würde höchste Konzentration und Fokussierung auf genau diese Aufgaben verlangen. Adrian steigert seine, wie soll man dies nennen...Selbstkasteiung...ins Unermessliche. Er lässt, aufgrund von Anfragen seiner NA Freunde und seiner „Sponsies“ oder auch von Forderungen und Nöten seiner Partnerin die zu bewältigenden Arbeiten bis zum zeitlichen Limit, bis kurz vor dem Abgabetermin „ruhen“ und äußerst ungünstig auf seine Befindlichkeit wirken. Zu guter Letzt schafft er es immer, sein „Soll“ zu erfüllen, fühlt sich dann maßlos überfordert, ausgelaugt und hat einige Beziehungskrisen hinter sich gebracht, zudem ist er mit dem Ergebnis nicht zufrieden. Es reicht nicht, es reicht nie. Hier aktiviert er den „Looser“ in sich, welchen er schon sehr lange als ihn selbst abwertendes, „malignes Narrativ“ internalisiert hat - so wird in der IT ein „dysfunktionales repetitives Muster bezeichnet (*Petzold 2003a, 467*). Denjenigen, der machen kann was er will, er schafft es doch nie. Ich versuche ihm, sein Konstrukt deutlich zu machen, gehe in die Übertreibung, spiegele und vergrößere ihm so seine Strategie und seine Selbstabwertung.

Nach meiner „Vorstellung“ lehnt er sich lächelnd zurück mit der Bemerkung „Das ist doch krank...“ und ich frage ihn, ob er sich vorstellen könne, wozu seine höchst anstrengende Strategie nützlich sein kann, und dass ich sie eigentlich ganz hoch komplex und ziemlich raffiniert finde (*EV/SE*).

Er bittet mich darum, die Stunde zu beenden, da er jetzt ziemlich „ausgelaugt sei und viel interessantes Material hätte, über welches er gerne nachdenken würde“. Ich frage ihn, was er jetzt noch vorhabe und er meinte, er ginge jetzt in die Sauna und wolle es sich „gut gehen lassen“. Ich bekräftige ihn und wünsche ihm bis zum nächsten Mal noch mehr dieser guten Ideen zur psychischen und physischen Entspannung (*LB*).

Reflexion: Ich habe diese Stunde sehr angenehm und auch als gute Basis für einen sehr initialen Prozess empfunden. Ich arbeite sehr gern mit Adrian, da er ein hohes Niveau an psychologischer und ebenso an philosophischer, sozialer und gesellschaftskritischer Auseinandersetzung besitzt. Mit ihm pflege ich auch meine „therapeutische Eitelkeit“ (die natürlich bewusstseinsnah und reflektiert ist), da ich kaum KollegInnen kenne, die diesen „Fall“ - von vielen am Anfang der Behandlung als aussichtslos diagnostiziert und bewertet - so lange hätten halten können. Ich bin mir also meiner unbescheidenen Gefühle sehr bewusst und lasse mich zum einen intensiv supervidieren und in persönlichen Krisen immer selbst therapeutisch ein weiteres Stück „des Weges“ begleiten.

In der IT wird ja der Therapeut, aber auch ein bewusster Lebensvollzug unter der Perspektive einer „Philosophie des Weges“ betrachtet (*Petzold, Orth 2004b*)

Dass es mir möglich ist, diese Bindung und Nähe herzustellen und gleichzeitig eine klare „professionelle Distanz“ zu wahren und nicht in co-therapeutisches „Pampern“ zu verfallen, liegt sicher an meiner eigenen Geschichte und deren Abgründe. Das ist es, was ich in „selektiven Selbstoffenbarungen“ (*Petzold 1980g; Weiner 1978*) auch zeige und was in der Ko-responsenz mit Adrian zum tragfähigen Element des umfassenden Annehmens seiner Person - auch mit seinen nicht geliebten Anteilen und seinen finsternen Abgründen - geworden ist.

8.2. Schutz und Sicherheitsstrategien

In der nächsten Sitzung setzt sich Adrian, kaum angekommen, ziemlich aufgewühlt hin und beginnt sogleich zu berichten, was alles passiert sei seit unserer letzten Stunde. An der Uni habe er in einem Seminar über seinen sexuellen Missbrauch gesprochen. Der Dozent habe ihn zu sich gebeten und ihm abgeraten, so mit diesem Thema „hausieren zu gehen“. Das habe ihn sehr verletzt, und er ginge jetzt nicht mehr dahin. Die KommilitonInnen reagierten auch nicht erwartungsgemäß, auf meine Frage, wie das denn aussehen solle, nannte er Betroffenheit und Verständnis. Ich äußere als Vermutung, dass seine jungen und längst nicht so lebenserfahrenen KommilitonInnen möglicherweise überfordert seien in diesem Zusammenhang. So weit habe er auch schon gedacht, blafft er mich an, und ich spüre, dass er sich sehr unter „Strom“ befindet und lasse ihn sich weiter „ausschütten“ (EA). Er habe noch einen Job an der Uni angenommen und noch ein Ehrenamt bei den NA. Mit der Partnerin sei es gerade schwer. Sie gehe ihm total auf die Nerven mit ihrer Reflektiertheit und ihrem spirituellen Getue. Er komme nicht in die Nähe, habe aber starke Sehnsucht danach. Meine Frage von letztem Mal nach dem Sinn und dem Benefit seiner selbst konstruierten Überforderung habe ihn „umgetrieben“. Ihm sei bewusst, dass er sich zum einen so besser spüren kann (im Negativen, im Schmerz, in der Aversion, wie z.B. in Schuld und Scham). Dass er sich so auch im „Funktionieren“ hält, wie ein Hamster im Rad und dass er sich immer wieder in die Selbstsabotage manövriert, weil er nicht...noch nicht ins „gute Fühlen“ kann. Seine Eltern finanzieren sein Leben und sein Studium und er müsste nicht so viel nebenher arbeiten. Er gebe allerdings zu viel Geld aus und lebe keineswegs seinem Einkommen entsprechend. Auch hier produziere er das „Problem“ selbst, das wisse er. „Und? Was nützt mir das, dass ich immer alles weiß...das hilft einen Scheiß!“ Dann sackt er sichtlich zusammen und ich lasse Zeit zum Beruhigen, zum Luftholen...zum Nachspüren (EV/ES).

Nach einiger Zeit frage ich ihn, ob ich ihm etwas erzählen kann - verwende also den methodischen Weg der narrativen Praxis (*Petzold 2003g*) - und beschreibe ihm den therapeutischen Prozess wie das Befahren auf neuen Schienen, welche allerdings ganz nah an den alten tief eingegrabenen und sehr sicheren Schienensträngen liegen; dass es lange Zeit braucht, dass Veränderung nicht allein durch Wissen geschieht, dann hätten wir nicht so sehr zu kämpfen; dass sich das Fahren in den „neuen Gleisen“, obwohl wir wissen, dass es „richtig“ ist, zunächst nicht gut anfühlt und uns verunsichert. Wir wissen, dass sich die alten Gleise sehr viel vertrauter und damit besser anfühlen und wir deshalb ganz oft wieder hineingleiten in altes Fahrwasser, in alte Muster; und dass das Wissen darüber einfach der erste Schritt ist, bei welchem wir auch verweilen und uns in die Abwehr der Rationalisierung begeben können. Dieses Unwohlsein könne auf seiner Seite doch ein Zeichen für ein ganzheitliches, Körper, Geist und Seele umfassendes Gefühl sein und damit sei der Beginn der „Zeit des Fühlens“ gekommen. Ich berichte ihm in „selektiver Offenheit“ (*Petzold 1980g*) ein wenig über meinen eigenen Prozess, über die Phase einer Therapie in der die Rationalität nicht mehr spaltet („Ich weiß, ich bin mir bewusst, dass...“), sondern eine Unruhe beginnt weil das Alte nicht mehr funktioniert und das Neue noch nicht wirklich handhabbar erscheint. Und ich erzähle ihm von der Angst vor diesem Neuen ohne den altbewährten Schutz und dem, was man nicht kennt und nie kennen gelernt hat ...“Vertrauen“ (LM/SE).

Adrian hört mir interessiert zu und entspannt sich sichtlich. Seine Gesichtszüge werden weich und er schaut mich direkt an. Seine zusammengesackte Haltung wird zu Gunsten einer inneren Aufrichtung aufgegeben. Die Schultern sind gerade und

der Blick klar. „Das war, wie wenn du über mich gesprochen hättest. Sag mir, hört das irgendwann mal auf?“ Ich lache und sage ihm, wie lange mein eigener Prozess gedauert hat und dass er immer noch anhält und hoffentlich nie aufhören wird. Weil dieses Wachstum mir unendlich viel bedeutet und ich dieses Leben mit all seinen Höhen und Tiefen sehr spannend empfinde. „Na denn, meint er ...dann will ich dir mal glauben.“ (EE/PZ) Er steht auf und umarmt mich sehr lange und ich halte ihn bis er abrupt fragt, ob ich nicht gleich den nächsten Klient hätte und ob ich gerne auch noch einen Kaffee möchte (ES).

Reflexion: Meines Erachtens steht Adrian vor einer bislang wichtigsten Phase seines therapeutischen Prozesses. Ihn „am Funktionieren“ haltende Maßnahmen, welche lange nützlich gewesen waren greifen nicht mehr. Seine extrem „hochsicherheitsstrategischen Schutzmechanismen“ werden brüchig und er nähert sich der Angst vor der Schwäche, vor dem sich ganz und vollständig Zeigen. Dann erst kann er sich aus der Spirale der ständig neu inszenierten gestörten oder blockierten Kontaktzyklen lösen und über „Begegnung, Beziehung und Bindung“ in reife und Identität stiftende „Ko-respondenz“ eintreten (*Petzold* 1991e, 2003a 93ff.). Ich habe während dieser Stunde recht viel über mich selbst erzählt und mich hinterher gefragt, ob das nicht zuviel war. In der kurz darauf stattgefundenen kollegialen Intervision wurde ich aber unterstützt und meinen Befürchtungen entbunden, wieder einmal der altbekannten Eitelkeit oder wie es auch bezeichnet wurde, der „real-existierenden und nicht pathologischen Selbstzentriertheit“ verfallen gewesen zu sein (den Term Narzissmus verwendet man im Integrativen Ansatz nicht wegen seiner konzeptuellen und historischen Probleme, vgl. *Schlagmann* 2009, *Petzold* 1992e). Die SystemikerInnen unter uns verwenden „die organisierte Selbstoffenbarung“ als Technik und setzen diese gezielt beziehungsfördernd ein. Ich tendiere ab und an, zum Leidwesen meines Chefs dazu, auch uns TherapeutInnen als gleichwertige, in der Hierarchie nicht weiter „oben“ angesiedelte Wesen durchaus auch schwach und „menschlich“ darzustellen. Ich verwende diesen Interventionsstil sehr gezielt, und vertrete oftmals nur meine eigenen, selbst erlebten und zum absoluten Wohle meiner Tätigkeit erfahrenen Tiefen. Dies ist, meiner Erfahrung nach, in der Beziehung mit „gut affilierten“ KlientInnen sehr zuträglich. Aufpassen muss ich nur, wenn ich nicht „bei mir“ bin durch Überarbeitung oder persönliche Schwierigkeiten und ich mich nicht im „eigenleiblichen Spüren“ (*H. Schmitz*) und in der „Eigenreflexion“ befinde, also in hinlänglicher „Exzentrizität“ (*Petzold* 2003a, 494).

8.3. Beziehung und Grenzen

Adrian meldet sich telefonisch und bittet um einen Termin zusammen mit der Partnerin.

Bevor wir sprechen, frage ich beide, ob sie Interesse an einem Experiment hätten (KG). Sie zeigen sich bereit und ich bitte sie mit in den Kreativraum, gebe ihnen ein großes Blatt und Farben. Ich hätte gerne, dass ihr gemeinsam ein Bild malt ohne miteinander zu sprechen, sage ich ihnen und erkläre noch, als Reaktion auf die fragenden Gesichter, dass es völlig egal ist, was sie machen oder wie sie malen. So alleingelassen, mit keiner strukturierten und eingegrenzten Anweisung fangen sie nach einer Weile an, Farben und Formen zu Papier zu bringen. Ich gehe räumlich in die Distanz und versuche zu spüren, was ich wahrnehme. Ich empfinde ein regelrechtes Knistern, viel Wut und Aggression in der Beobachtung der Körper und

der Bewegungen. Genau lokalisieren kann ich es nicht, ich bin gespannt auf die Wahrnehmung der beiden.

Als das Bild „fertiggestellt“ war, ist die Stimmung auf dem Höhepunkt. Carmen zeigt äußerste Gereiztheit, ist wütend über die intrusiven, unsensiblen Übergriffe von Adrian. Sie habe es genossen, sanfte geschwungene Formen und Linien in zarten Pastelltönen zu malen und er habe wie ein „Berserker“ mit Kraft und dunklen Farben in ihren „Space“ eingegriffen. Für sie sei es auch überaus wichtig im Moment, bei sich zu bleiben und ihre Grenzen zu wahren. Adrian schildert das Bedürfnis, für sich zu werben. Anfänglich habe er ganz vorsichtig „angeklopft“...punktuell ihre, seiner Meinung nach trennenden Linien gestreift und habe sich zunehmend ignoriert gefühlt, nicht gesehen...wie so oft...und dann sei er in altbekanntem Trotz gekommen und habe provokant Aufmerksamkeit eingefordert.

Ich bitte beide, sich auf Stühlen in einem für beide stimmigen Abstand gegenüber zu setzen und schlage ein Zwiegespräch mit mir als Publikum vor (KK).

Adrian beginnt:

Ich wünsche mir Nähe, habe aber Angst davor...

Ich fliehe vor der Sexualität, weil sie mir nicht gut tut...

Ich liebe dich, versuche dir das zu zeigen...habe aber das Gefühl, du willst zuviel...ich bin noch nicht soweit

Ich ärgere dich, um dich weit weg zu bekommen...

Ich habe so hohe und verschrobene Ansprüche und bin trotzdem nicht zufrieden, wenn ich etwas erreicht habe...

Ich habe das Gefühl, ich reiche nicht...ich bin nicht genug...

Fühle meine Bedürfnisse nicht wahrgenommen...es dreht sich immer um dich, um deine Symptome, um deine Schmerzen, um deine Trauer, deinen Mangel....

Ich merke gerade, dass ich meins auch nicht äußere...

Carmen:

Ich habe das Gefühl, unsere Dramen (Inszenierungen zur Regulation von Nähe und Distanz) lassen nach.

Jetzt entwickle ich physische Reaktionen, wie Haut und Zahnerkrankungen...Schmerzen.

An manchen Punkten kapituliere ich auch...

Jetzt im Moment bin ich total gerührt von dir...dich so schwach zu erleben und so weich ist wunderschön....

Weißt du, das schafft auch Gleichberechtigung...ich bin nicht allein mit meinem Mangel und das wiederum ist erfüllend.

Die Stunde beende ich hier mit dem Vorschlag einer Hausaufgabe. Beide sollen auf zwei Karten aufschreiben, was sie am jeweils anderen schätzen und lieben und was sie glauben, dass der oder die jeweils andere an ihm bzw. ihr schätzt oder liebt. Und beide Karten werden in einen Umschlag getan und das nächste Mal mitgebracht (KG).

Reflexion:

Diese Stunde empfand ich sehr anstrengend. Ich bin öfters mal in Gedanken abgedriftet und habe mich später gefragt, warum. Ich war genervt. Schlicht und ergreifend abgenervt. Ich habe versucht, mir vorzustellen, ich hätte eine Beziehung, in der sich permanent so intensiv und tiefgreifend auseinandergesetzt wird. Ich habe in der „Gegenübertragung“ auf die Enge reagiert, auf dieses stark kontrollierende

Moment in dieser Beziehung. Mit Argusaugen wird jegliche Regung analysiert und bewertet. Auch diese ständige Ernsthaftigkeit und Reflexion, das andauernde Hinterfragen jeglicher Regung, Mimik und jedes Wortes. Das Fehlen der „unerträglichen Leichtigkeit des Seins...“

8.4. Beziehung und Inszenierung

Adrian wünscht sich eine weitere Stunde mit Carmen. Ich frage nach der Hausaufgabe und bin erfreut, dass beide ihren Teil mitgebracht haben. Dann sollten sie sich gegenseitig die Karte, auf denen sie notiert haben, was sie an ihrem Partner/ihrer Partnerin lieben und schätzen geben. Ich lasse sie diese Karte mit derjenigen vergleichen, auf der sie notieren sollten, was sie glauben, dass der/die andere an ihnen liebt oder wertschätzt. Beide waren sehr gerührt und beeindruckt von der Übereinstimmung ihrer Einschätzung (EE/LM).

Ich lasse ihnen genug Zeit, um sich auszutauschen...und sich zu umarmen (KK/SE/PI).

Dann spreche ich an, dass ich etwas überrascht über die „stilistische“ Form der mitgebrachten Hausaufgabe war. Dass ich bei Menschen, welche so viel Wert auf Achtsamkeit und Bewusstheit legen eine etwas sorgfältigere Ausführung erwartet hätte. Carmens Sätze waren auf einem, bei uns sagt man „Freßzettel“ geschrieben und Adrian hatte zwar ein etwas ansprechenderes Papier gewählt, aber die Sätze ziemlich nachlässig hingeschmiert, wie sich später herausstellte kurz vor Beginn der Stunde.

Ich fahre fort, indem ich ihnen meine Befindlichkeit nach der letzten Sitzung schildere. Auch über mein Genervtsein und meine Gedanken über die Anstrengung, welche ich zuweilen empfinde angesichts der Beziehungsgestaltung ihrerseits. Ich spüre sofort empörte „Reaktanz“(vgl. *Petzold, Müller 2005/2007*), bitte beide aber zuerst, eine Zeit zum Nachdenken einzuräumen. Ich wünsche ihnen eine Portion Leichtigkeit am Wochenende, Spaß und „mal fünf grad sein lassen können...“ (LB/LM).

Sie gehen, sichtlich irritiert aber geordnet und das übliche Abschiedsritual (Umarmung) einhaltend (EA).

Reflexion:

Ich habe etwas überlegt, ob ich meine Gegenübertragung transparent mache und bin im Nachhinein sehr froh darüber. Ich war authentisch und ehrlich, habe „von mir“ gesprochen ohne Anspruch auf Richtigkeit. Ich habe vor allem die Anstrengung und die Kontrolle in der Beziehung gespiegelt. Beides ist mir selbst sehr vertraut. In einem „früheren Leben“ habe ich Beziehung und vor allem Nähe in einer Beziehung unter anderem so versucht, zu vermeiden. Ich habe in dieser Sitzung konfrontiert, denke aber, dass die beiden damit ganz gut umgehen können. Möglicherweise formieren sie sich jetzt zusammen gegen mich und lenken ihre sezierenden Fähigkeiten auf meine Person oder Tätigkeit um.

8.5. Bedürfnisse und Lust

Adrian kommt früher und bereitet Kaffee in der Küche vor, während ich meinen anderen Klienten verabschiede. Er „serviert“ den Kaffee und einen wunderbaren Kuchen von seiner Mutter in meinem Büro. Ich sage ihm, dass ich „hin und weg“ bin

und scherze, dass es meiner Meinung nach mehr solcher Patienten wie ihn geben sollte und bin gespannt, was er auf dem Herzen hat (ES).

Er erzählt, dass er mit Carmen einen schönen Tag hatte, mit Sauna und leckerem Essen (haben die beiden auch zum Programm gemacht, diese Wellnessvariante). Abends hätten sie dann gekuschelt und so, und er habe ziemlich aversive Gefühle bei der Berührung bekommen. Das ganze wachse ihm über den Kopf, er habe kein Bock mehr auf Körperarbeit, Spüren und Wahrnehmen. Er fühle sich schon wohl mit Carmen, aber als in der Sauna ein paar junge gut gebaute Kerle rein kamen konnte er seine Phantasien kaum zügeln. Er hat keine Lust auf Sex mit Carmen. Er vermisst die „Geilheit“, er kann sich nicht gehen lassen, weil er Angst hat vor der Hemmungslosigkeit und der Heftigkeit in sich. Ich frage ihn, warum er das nicht könne mit ihr und er argumentiert mit ihrer Sensibilität und ihren vielfältigen psychosomatischen Problematiken. Außerdem sei sie von ihrem Vater missbraucht worden und er habe Angst, Flashbacks und Retraumatisierungen bei ihr auszulösen. Ich lobe ihn hinsichtlich seiner Aufmerksamkeit und seiner Rücksicht (EV), gebe zu bedenken, dass Carmen aber groß und alt genug sei und sich, wie oft schon formuliert, einen „Mann“ wünscht an ihrer Seite und keinen Therapeuten. Ich frage, was an Ursache denn bei ihm selbst liege, weil ich das Gefühl hätte, dass er jetzt auf Carmen werfe, was „seins“ sei (EA).

Er kämpft sichtlich mit sich, wenn er es könnte würde er jetzt weinen. Er „weiß“ um seine Bedürfnisse, weil er wisse, dass jeder Bedürfnisse hat. Er spürt sie aber nicht, er kenne sie nicht. Er kommt da nicht hin. Manchmal stelle er fest, dass es ihm nicht gut gehe, aber er kommt nicht drauf warum. „Ich bin in Not und kann es nicht zeigen, ich kenne das gar nicht, nein zu sagen...ich bin immer zur Stelle, ich bin immer da, wenn man mich ruft...ich stehe immer zur Verfügung...ich bin immer der „Arsch“...“ „Das kennst du“, sage ich ihm...“das ist etwas ganz Altes...diese Struktur kannst du unterbrechen. Du bist nicht mehr der kleine wehrlose Junge, du bist nicht mehr das Opfer...du bist nicht mehr ausgeliefert...du kannst dich wehren, du bist groß und stark...Adrian“ (EV/ES/PI).

Ich frage ihn, ob ich ihm zum Abschluss auch etwas Gutes tun kann...so wie er mir am Anfang der Stunde und er bittet mich, ihn für einen Moment zu halten. Ich halte ihn für einen sehr langen Moment und spüre, wie die Anspannung ein weiteres Mal der Entspannung weicht und anschließend die Kraft spürbar wird (ES/PI/SE).

Reflexion:

Das Thema dieser Sitzung war von uns beiden fast unbemerkt mitten im Kern des Traumas gelandet. Anders kann ich es nicht ausdrücken. Es „geschah“ und es war irgendwie „leicht“ und emotional sehr intensiv, aber gleichzeitig sehr angenehm und fast erlösend. In meinen Verlaufsnotizen habe ich mir diese Sequenz mit Farbe hervorgehoben, wie immer wenn ich das Gefühl habe, „wichtig“ und auch als Anker für den weiteren Prozess nützlich.

Längere Sitzungspause

8.6. Ursprung und Krise

Adrian kommt heute gleich „zur Sache“. Er habe sich vor ein paar Wochen von Carmen getrennt. Es habe keinen Wert mehr gehabt. „Wir laufen uns in unserer Bedürftigkeit den Rang ab“ und er habe sich nur noch defizitär gefühlt, nicht anerkannt, nicht gesehen und nicht gelassen. Er habe eine harte Zeit hinter sich, war

sauer und wütend gewesen, verletzt und enttäuscht. „Ich habe sie abfetzen lassen auf eine ganz liebe spirituelle Weise...“. Dann sei er viel in der Schwulensauna gewesen um „Druck abzulassen“ und habe sich seinen Phantasien hingeeben. Jetzt ginge es ihm langsam wieder besser und just dann habe sie angerufen und habe sich ein Gespräch gewünscht. Was er denn jetzt tun solle?

Ich habe so eine Idee, meine ich zu ihm...wisse aber, dass er da nicht so sehr begeistert davon sein werde...aber ich finde, er könne sich schon mal einen Blick auf seine Frauenproblematik gönnen. Ein Grinsen seinerseits zeigt mir, dass er verstanden hat, worauf ich hinaus will und ich schlage ihm eine „Aufstellung“ vor (EE/LM).

Die Aufstellungstechnik wurde ursprünglich von *J. L. Moreno* in den dreißiger Jahren des 20. Jahrhunderts als Warm-up-Technik des Psychodramas und in der Arbeit mit Familien entwickelt. Anfang der 70er Jahre wurde sie von *Leutz, Petzold* und *Straub* nach Deutschland gebracht (*Petzold* 1969b/ 1996a 466/ 1970c/ 1984b), um dann von *Hellinger*, der sie 1970 als Teilnehmer an *Petzolds* Psychodrama-/Gestaltausbildung in Wien kennenlernte, in sehr spezifische Weise aufgenommen und verbreitet zu werden - keineswegs unumstritten (*Goldner* 1998, *Petzold, Orth* 1999, 218, 237). Die Aufstellungstechnik bedarf einer klaren Indikation. Man muss die Belastbarkeit der PatientInnen gut einschätzen können und sich der Gefahr von Überdeutungen und Überlastungen bewusst sein. Im Integrativen Ansatz werden solche Aufstellungen auch als „Skulpturierungen“ bezeichnet und in der Familienarbeit (*Petzold* 1969/1988n, 466), aber auch in der Supervision verwendet (*Petzold, Orth* 1988a). Sie soll das „szenische Verstehen“ und das „atmosphärische Erfassen“ (*Petzold* 1991a/2003a, 336) intensivieren und nutzen und greift dabei auf das „Leibgedächtnis“ (besonders auf das „szenische“ und „atmosphärische“ Gedächtnis, vgl. ebenda 556) zurück, auf die Vielzahl von eigenen oder bei anderen erlebten Familienkonstellationen - bei Nachbarn, Fremden, in Fernseh-Soap-Operas, etc. - die dann von dem „empathischen Vermögen“ der Teilnehmer genutzt werden können (zur integrativen Konzeption von Empathie, vgl. *Petzold* 2003a, 275, 803, 872).

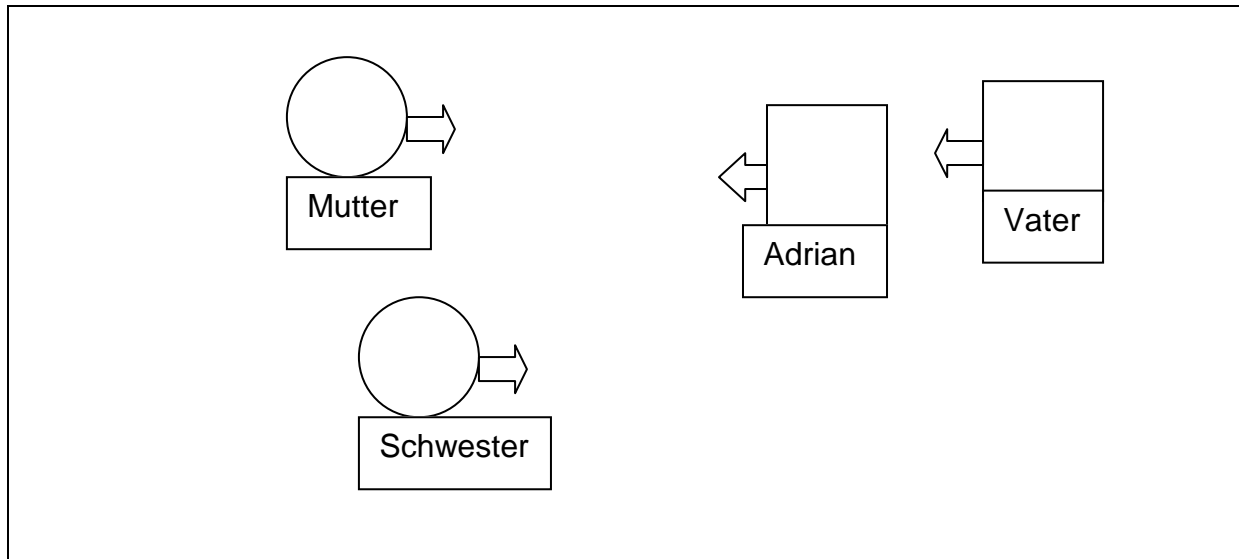
Reflexion:

Ich bin sehr zufrieden, merke ich nach dieser Sitzung. Ich habe Adrian länger nicht gesehen wegen Urlaub und Fortbildung. Mir gefällt sehr, was ich sehe und spüre. Die Trennung ist ein Cut, eine Zäsur...eine gesetzte Grenze. Dass er aus der Co-Abhängigkeit raus ist und unzumutbare und schwer aushaltbare Zustände nicht mehr „aushält“ sondern nach Lösungen sucht und auch „schwierige oder schmerzhaft“, aversive Gefühlszustände ohne die Gefahr von Rückfälligkeit bewältigen kann finde ich bemerkenswert. Manchmal vergesse ich das in unserer Zusammenarbeit. Besonders imponiert hat mir sein Einwilligen zur Aufstellung. Eine meiner größten Schwächen (und gleichzeitig auch eine meiner herausragenden Eigenschaften) ist mein Ehrgeiz. Ich bin auch äußerst hartnäckig, wohldosiert und leide zum Leidwesen mancher meiner KlientInnen nicht an partieller Amnesie, weswegen ich stetig in immer wohl platzierten Abständen meine „Ideen“ zum Besten gebe. Die Familienaufstellung ist schon seit Beginn der Zusammenarbeit mit Adrian mein „Begehrt“, wobei ich seine Motive der Ablehnung und seinen Widerstand immer respektiert habe.

Um die Motivation seinerseits zu nutzen schreibe ich ein SMS an die Selbsthilfegruppe und lade sie zur Aufstellungsarbeit ein.

Die Aufstellung

Nach Begrüßung aller Gekommenen stellen wir das Anliegen von Adrian vor. Den TeilnehmerInnen ist die Arbeit mit System- und Familienaufstellungen vertraut, da diese Methode ein wichtiges Instrument unserer Gruppenarbeit ist. Adrian wählt je eine Stellvertreterin für seine Mutter und seine Schwester und je einen Stellvertreter für sich und seinen Vater. Die Pfeile in der Darstellung zeigen die Blickrichtung der StellvertreterInnen.



Adrian bricht die Aufstellung ab, was wir vorher als Möglichkeit besprochen hatten, wenn es nicht aushaltbar sei. Er ist zutiefst erschüttert und traurig. Wir halten ihn alle und lassen ihn dann auf seinen Wunsch alleine (ES/SE/TN). Die restlichen TeilnehmerInnen sind ebenfalls sehr betroffen und kämpfen mit ihren diversen aversiven Gefühlszuständen. Wir widmen uns der Wut aller, zum einen auf den Vater aber auch äußerst heftig auf die gewährende, sehende und wie „gelähmte“ Mutter (Wahrnehmung der Stellvertreterin).

Nach dem sich alle wieder stabilisiert haben, machen wir eine Sharing-Runde, in welcher Adrian das Mitgefühl und Verständnis aller rückgemeldet bekommt (TN/SE). Auf meine Frage nach seiner Befindlichkeit bedankt er sich und gesteht, dass er froh ist, dass sein Wissen um das Sosein mit dem, was er jetzt gefühlt...gesehen hätte übereinstimmt (EE).

Reflexion: Die Aufstellung war auch von mir „gewusst“, was heißt, dass mir in etwa klar war, was sich zeigen wird. Ich empfinde das szenische und atmosphärische Arbeiten und insbesondere die Methode der Aufstellungen als eine das „Wissen“ vervollständigende oder auch im Falle von Unklarheiten, das „Wissen“ aufklärende Arbeitsform, die möglicherweise „korrigierende“ emotionale, kognitive und volitionale Erfahrungen (Petzold 2003a, 1012) ermöglicht für vorhandene Negativerlebnisse oder die auch „alternative Erfahrungen“ (ebenda, 693f) vermittelt, wo Erfahrungsdefizite vorhanden waren. Ich habe sie oft hilfreich als ergänzende Arbeit erlebt, weil sie den kognitiven und den emotionalen Sektor verbindet.

Zu sehen und im Anschluss sehr intensiv von den Stellvertreterinnen wahrgenommen und geäußert war die erschütternde Klarheit des „Wissens“ aller

Beteiligten. In dieser Aufstellung haben alle gesehen, was passiert und konnten sich nicht „rühren“, fühlten sich gelähmt und nicht in der Lage, etwas zu tun.

Die extreme „Heftigkeit“ hatte mich überrascht. Ich war auch am Schwanken, ob ich an der Stelle des Abbruchs der Aufstellung von Adrian nicht weiter hätte machen sollen, darauf hätte er sich, wenn auch widerwillig, sicher eingelassen. Allerdings wäre dies natürlich eine Missachtung seiner ihm vorher auch noch zugesicherten Grenzen gewesen. Für ein „Weitermachen“ hätte gesprochen, dass sich die StellvertreterInnen eine andere, angenehme Position hätten suchen können in der nachfolgenden Intervention. Dies hätte dem Bild, der von Adrian gestellten Szene als „alternative Szene“ die erwachsene Variante (versus der gespeicherten ohnmächtigen und immer noch sehr präsenten Kindvariante) und die Kraft des Handelns, der Entscheidungsfähigkeit, der *Volition* und der „Lösung“ entgegenstellen können (vgl. *Petzold, Orth 2007*)

In der Supervision habe ich diesen Moment dargelegt und bin froh, dass ich meinem eigenen inneren „Vorwärtskommen“, meinem manchmal mit mir durchgehenden „galoppierenden Gaul“ nicht auf Kosten von Adrian ausgelebt habe.

8.7. Solidarität und Abwehr

In einem der letzten Selbsthilfegruppentreffen gab es einen Konflikt zwischen drei TeilnehmerInnen und Adrian. Auslösend war ein die Gruppe frustrierendes Rückzugsverhalten seinerseits. Dies passiert jedes Mal, wenn er sich einlässt auf Öffnung und den anderen einen kurzen Blick auf seine Ängste, Schwächen, Unzulänglichkeiten und Unsicherheiten erlaubt. In dieser Gruppe haben alle einen hohen Anspruch. Sie kennen sich seit Jahren und gehen zusammen einen oftmals steinigen Weg. Sie sind sich auch sehr der die jeweils eingesetzten Abwehr- oder Schutzstrategien der anderen bewusst, kennen sie die doch alle aus eigenem Erleben. Adrian erfährt in dieser Gruppe viel Solidarität und wird getragen. Sobald er aber seine, die Gruppe nennt es „Arschlochnummer“ fährt, fühlen sie sich zu Recht abgewertet und er wird wieder „heruntergeholt“.

Die Gruppe arbeitet dabei fair und mit Achtung.

Adrian spricht diese Selbsthilfegruppe in der Therapie an, weil er sich überlegt hat, da auszusteigen.

Ich frage natürlich, warum:

„Ich komme so langsam in Schwierigkeiten...jetzt, wo Therapie anschlägt kann ich nicht mehr funktionieren...ich komme zuviel ins Gefühl, das macht's schwierig. Habe keinen Bock mehr, alle Anforderungen zu erfüllen, auch meine eigenen nicht... Und ich finde keinen Ort mehr, wo ich mich verstecken kann...wo ich loslassen kann und nicht so oder so sein muss.“

Ich sage ihm, dass er sich vielleicht gar nicht mehr verstecken muss, weil die Menschen, die ihn umgeben, ihn so wie er ist sehen, lieben und akzeptieren (EV/ES).

„Und warum werde ich dann so massiv angegriffen?“ Ich gebe ihm meinen Eindruck der Gruppeneinheit wieder und erkläre ihm, dass ich das Gefühl hatte, die Gruppe reagiere auf seine Co-therapeutische Haltung, meilenweit von sich weg im Modus der Rationalisierung über seine Befindlichkeit zu sprechen (EE). Und das in einer Gruppeneinheit, in der es um sehr nahe Themen bei den anderen ging. Und wenn er doch keinen Bock mehr habe, sich zu verstecken, dann passt das doch wunderbar. In dieser Gruppe könne er doch ausprobieren, wie sich das anfühlt, authentisch zu

sein. Nicht mehr zu tun, als ob...und sich nicht mehr anstrengen zu müssen, dass niemand sieht... (ach wie gut, dass niemand weiß...).

„Aber ich habe Angst, dass da nichts ist...“

Ich bitte Adrian in den großen Gruppenraum, und während ich Musik aussuche erkläre ich ihm, dass ich überzeugt bin, dass da sehr viel ist...also, so viel Erfahrung und Fachkompetenz könne er doch mittlerweile vertrauen...(EV/ES)

Ich erkläre ihm die Übung, wir stellen uns gegenüber (er bestimmt den Abstand) und ich fange an zu bewegen, er spiegelt meine Bewegungen...später wechseln wir...(KG/LB)

Nach einer Weile kommen wir in ein „flow“ ...das heißt, wir bewegen uns in einem Zustand des puren Spürens...wir hören die Töne, bewegen uns im Gleichklang, das Denken ist für den Moment abgestellt und alles, was ins Bewusstsein kommt ist der Blick in die Augen des anderen (EE/PI).

Nach einer gefühlt kurzen, aber konkret gemessenen langen Zeit ist die CD zu Ende, wir umarmen uns und ich frage Adrian, wie er sich fühlt. „Abgefahren“ antwortet er mir und ich lasse das einfach so stehen. Der Flow (Csikszentmihalyi 1991) hat im Integrativen Ansatz im Begriff des „Konflux“ (Petzold 1998a) und in der Gestalttherapie im Begriff der „Konfluenz“ eine Entsprechung

Reflexion: Ich neige bei so genannten „Kopfmenschen“ immer mehr dazu, in die Bewegung...in die Leibarbeit zu gehen. Drogenabhängige sind zudem sehr gut im Reden, im Debatieren...sie sind gewitzt und wendig und sie haben durch ihr Leben gut gelernt, auch über die Sprache abzuhaue...Ich wollte durch die Übung im Spiegeln erreichen, dass Adrian sich im Gegenüber wahrgenommen spürt. Diese existenzielle Erfahrung machen Säuglinge im Normalfall ab dem Zeitpunkt ihrer Geburt, wo sie abhängig sind, angewiesen auf die Person, welche sie trägt, sie hält, ihre Bedürfnisse richtig deutet und befriedigt (vgl. Petzold, van Beek, van den Hoek 1994; Stern 1992). Viele unserer PatientInnen haben solche Erfahrung nicht im Leibgedächtnis speichern können. Hier liegt höchst wahrscheinlich ein Ursprung von fehlendem Vertrauen, von dem Gefühl „Nicht gesehen zu werden“.

Ich habe intuitiv gehandelt und war überrascht, dass Adrian sich so einlassen konnte, dass ihm diese positive Konfluenz im Flow -erleben möglich war.

8.8. Zurück auf los ?

Adrian kommt mit den Worten „Bin total schlecht drauf, hab' überlegt, abzusagen...bringt ja eh nichts...“ Ich hole uns einen Kaffee und fordere ihn auf, zu erzählen. „Ich weiß einfach nicht, wie ich das alles hinkriegen soll...ist mir alles zuviel...bin doch kein Übermensch...es geht einfach nicht...“ Eine weitere Schleife oder Variation der Überforderungsthematik und vor allem, der fehlenden Durchsetzung bzw. Wahrnehmung der eigenen Bedürfnisse.

Ich lasse ihn die Termine und Tätigkeiten am Flipchart auf Papier bringen mit der Überschrift...„die letzte Woche“:

SO	im Meeting mit Carmen...kuscheln hinterher...
MO	Zuhause...in Z an der Uni (Job)...schwules Kino...anschließend Frust...
DI	Zuhause...ganzen Tag am PC...nur Adrian...

MI	Zuhause...PC...ab 17.00 Uhr bei Carmen...Meeting (nicht geteilt)...Massage...schöner Tag...
DO	Sauna mit Carmen von 12.00-20.00 Uhr...bei Carmen übernachtet...
FR	Mit Carmen und ihren Töchtern...„hab so getan, als ob ich da wäre...“
SA	Streit mit Carmen...Versuch für Uni zu lernen...kein Erfolg...

Adrian sieht selbst sehr schnell, dass er zum größten Teil unausgesprochene Erwartungen „bedient“ hat und an den Tagen, an denen er nur mit und für sich Zeit verbringen kann, die Sucht befriedigt werden wollte. „Also wenn ich Zeit für mich rausschlage habe ich ein schlechtes Gewissen und mache irgendwas, was mir, wie ich sehr wohl weiß nicht gut tut...(EE)“

Wir machen ein Spiel:

Ich schicke Adrian in ein anderes freies Büro und bitte ihn, mir telefonisch abzusagen (KG). Dies findet er zwar „zu blöd“, aber ich bin hartnäckig. Die Absage erfolgt, wie erwartet mit Darlegung sämtlicher Gründe und fast schon Rechtfertigungen.

Ich fordere ihn darauf hin auf, es noch einmal zu versuchen ohne weitere Erklärung. Diese Variante kommt recht ruppig, nach dem Motto „Angriff ist die beste Verteidigung“. Ein weiterer Versuch mit der Erklärung, „keinen Bock zu haben“ folgt und diesen kann ich gut annehmen, und auch in Adrians Ohren und Gefühl war das die stimmigste Variante „weil sie ehrlich war“, meint er widerstrebend.

Wir wechseln anschließend die Rollen und er kann auch auf dieser Seite nachempfinden, wie angenehm sich die authentische Variante für das Gegenüber anfühlt.

Jetzt geht es ans Üben...Üben...Üben...bei mir, bei Carmen...an der Uni...bei NA...bei den Eltern...- neues Verhalten muss *gebahnt* werden (Hüther 2001; Petzold 2002j; Petzold, Orth, Orth-Petzold 2009)

Reflexion: Von diesen Schleifen im Prozess haben wir schon viele gehabt und es werden weitere kommen. Allerdings sind diese Wiederholungen ungeheuer wichtig. Sie dienen der Rückversicherung in der Beziehung zu mir. „Hab schon wieder...bist du jetzt (endlich) enttäuscht oder sauer oder bist du nach wie vor da?“ Und sie machen die Problematik deutlich. Und mit jeder Wiederholung gibt es feine, ganz zarte Nuancen der Veränderung...wenn auch manchmal nur retrospektiv in der Rückschau und Analyse des Geschehenen oder des Verhaltens.

Wir sind „noch lange nicht fertig...“ im Prozess, aber in der aktuellen Sequenz der Begleitung geschehen wichtige Schritte. Die Sucht als kompensatorisches Verhalten und dysfunktionale Lösung gerät zusehends in den Hintergrund. Die sie verursachenden Themen nehmen ihren Platz ein. Lösungen werden experimentell auf die Handlungsebene gehoben und ausprobiert. Scheitern und Versagen ist menschlich und im bewussten Blick. Schuld und Scham, das stark blockierende und höchst ineffiziente „Gefühlspaar“ ist zum größten Teil ins Bewusstsein gekommen und aufgelöst worden. Die Albträume sind so gut wie weg und quälen nicht mehr. Fast am Wichtigsten ist die Fähigkeit, zu vertrauen und direkt und unmissverständlich Hilfe einzufordern, wenn es nötig ist.

9. Die vier Wege der Heilung und Förderung

Die Integrative Therapie hat aus der Vielzahl therapeutischer Vorgehensweisen und Zugängen vier Prototypen therapeutischen Handelns (Petzold 1988n; Rahm et al. 1990) entwickelt, welche als die „Vier Wege der Heilung“ bekannt sind. Diese vier Grundstrategien möchte ich kurz vorstellen um den Bezug zu verdeutlichen, welchen die Begleitung von Herrn C. auf diesen Wegen anhand der dokumentierten konkreten Umsetzungen im Prozess erklärt. Dabei sind die von Petzold, Sieper, Orth (2006) eingefügten Leitsätze nützlich, denn sie zeigen, dass die „Vier Wege“ nicht nur „klinische Strategien“ sind, sondern, wie die Autoren betonen, Leitlinien fürs Leben, die die PatientInnen mitnehmen können.

1. Weg der Heilung – Bewusstseinsarbeit:

„Sich selbst verstehen, die Menschen, die Welt, das Leben verstehen lernen“

In intersubjektiver Ko-responzenz mit dem Gegenüber soll es den KlientInnen ermöglicht werden, mittels der Auseinandersetzung und Durcharbeitung unbewusster Störungen und Konflikten ein komplexes Bewusstsein und eine mehrperspektivische Einsicht in Sinnzusammenhänge zu entwickeln. Maligne narrative Fixierungen können aufgelöst und kognitive Umstrukturierungsprozesse in Gang gebracht werden.

2. Weg der Heilung - Nachsozialisation/ Emotionale Differenzierung

„Zugehörig sein, beziehungsfähig werden, Liebe spüren und geben, sich zum Freund werden“

Anhand korrigierender emotionaler Erfahrungen können dysfunktionale Strukturen der Persönlichkeit verändert werden. Diese, auch re-parenting genannte Form der Nachsozialisation kann beschädigtes Ur- oder Grundvertrauen restituieren.

3. Weg der Heilung - Erlebnisaktivierung/ Persönlichkeitsentfaltung

„Neugierde auf sich selbst, sich selbst zum Projekt machen, sich in Beziehungen entfalten.“

Durch multiple Stimulierungen werden vorhandene Ressourcen und Potentiale möglicherweise neu aktiviert und gefördert. Genutzt werden kreative Medien, Übungen und Experimente im Lebensalltag. Die „therapeutische Gemeinschaft“ oder auch die therapeutische Dyade stellt eine „fördernde Umwelt“ dar, in welcher alternative Beziehungsvarianten erfahrbar werden und menschliche Grundfähigkeiten vermittelt, ausprobiert und entwickelt werden können.

4. Weg der Heilung – Solidaritätserfahrung

„Nicht alleine gehen, füreinander eintreten, gemeinsam Zukunft gewinnen“

Die Bildung tragfähiger psychosozialer Netzwerke, begleitender und stützender Konvois ist Inhalt dieses Weges. Über die Solidaritätserfahrung und dem Gefühl des

Eingebundenseins in ein Ganzes kann dem Erleben multipler Entfremdung entgegengewirkt werden.

10. Die Wirk- bzw. Heilfaktoren in der Integrativen Therapie

Petzold (1993, 2000, 2002) hat aus Ergebnissen der Psychotherapieforschung hinsichtlich der Wirkfaktoren in therapeutischen Prozessen 14 Heilfaktoren extrahiert und diese für die Integrative Therapie als Richtlinien im therapeutischen Handeln formuliert. Die einzelnen Faktoren habe ich in den einzelnen Stundendokumentationen in Kurzform hinter die jeweilige Intervention oder Resonanzen gesetzt. Dabei wurde zunehmend deutlich, wie sich die Faktoren ergänzen und wechselseitig stützen. Dem bewussten Einsatz der Wirkfaktoren und ihrer reflektierten Kombination kommt große Bedeutung zu. Hier werden künftig Anstrengungen in der Forschung unternommen werden müssen und auch in den Behandlungsjournalen muss über die Auflistung, wie sie hier vorgenommen wurde, eine vertiefte Reflexion des Wirkfaktoreneinsatzes erfolgen. Ein zweites oder weiteres Journal wird da gewiss hilfreich sein, denn man muss sich mit diesem Instrument erst einmal vertraut machen.

1. Einführendes Verstehen (EV)
2. Emotionale Annahme und Stütze (ES)
3. Hilfe bei der realitätsgerechten praktischen Lebensbewältigung (LH)
4. Förderung emotionalen Ausdrucks (EA)
5. Förderung von Einsicht, Sinnerleben, Evidenzerfahrung (EE)
6. Förderung kommunikativer Kompetenzen und der Beziehungsfähigkeit (KK)
7. Förderung von leiblicher Bewusstheit, Selbstregulation und psychophysischer Entspannung (LB)
8. Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen (LM)
9. Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und der Gestaltungskräfte KG)
10. Erarbeitung von positiven Zukunftsperspektiven (PZ)
11. Förderung eines positiven, persönlichen Wertebezugs (PW)
12. Förderung eines prägnanten Selbst- und Identitätserlebens (PI)
13. Förderung tragfähiger sozialer Netzwerke (TN)
14. Ermöglichen von Solidaritätserfahrung (SE)

Die Faktoren 1 und 2, müssen immer wieder durch Faktor 3, 8 und 9 ergänzt werden, um regressive Tendenzen durch Aktivierung aufzufangen oder um mit Faktor 13 und 14 nicht nur in der Position des Empfangenden, sondern auch in der des Gebenden aktiv zu werden. Fast alle Faktoren können in der Dialektik von Fördern und Fordern eingesetzt werden. Diese Prozesse noch besser und vertiefter zu reflektieren wird Aufgabe weiterer Journalarbeit sein

11. Resümee und abschließende Stellungnahme

Über den Prozess von Adrian habe ich, denke ich genug geschrieben. Einen darauf bezogenen Abschluss gibt es nicht ...wir sind mitten drin. Für außerordentlich wichtig in diesem Resümee halte ich allerdings die Tatsache, dass ich im gesamten Prozess von Adrian nicht ein einziges Mal Befürchtungen hatte, er würde sein altes „Lösungsmuster“ reaktivieren und rückfällig werden. Darüber habe ich mir Gedanken gemacht, während der begleitenden Supervision. Ich denke, Adrian hat sich selbst „seine letzte Chance“ gegeben, so wie er das anfänglich in seiner Motivationsanalyse festgeschrieben hatte. In meiner nun schon 20 Jahre dauernden Erfahrung habe ich dieses immer wieder festgestellt. Irgendwann, oftmals um das 30. Lebensjahr herum fällen die meisten Drogenabhängigen eine Entscheidung

hinsichtlich ihres Lebens. Die einen akzeptieren ihre Abhängigkeit von Suchtmittel und leben diese mal mehr, mal weniger intensiv aus, verzichten aber nicht ganz darauf. Sie kommen „leidlich“ zurecht und finden sich immer mal wieder in unterschiedlichen Settings der Suchthilfe wieder. Andere gehen den Weg der Selbsterstörung zu Ende und nicht wenige, zu diesen zähle ich Adrian, entscheiden sich, aufzuhören und ihrem Leben einen neuen Sinn zu geben.

Mein eigener Anteil an der Haltung, ohne Befürchtungen eines erneuten Suchtmittelkonsums zu arbeiten ist die Überzeugung, dass ein Rückfall für mich nicht das Ende der Welt bedeutet, sondern einen oftmals sogar sehr heilenden Schritt in eine neue Schleife des Prozesses.

Über meinen weiteren Prozess beim Erstellen des Journals will ich noch ein paar Sätze mehr verlieren. Die Interventionen im Hinblick auf die Verwendung für das zu erstellende Journal hatten schon große Bedeutung für mich. Die Teilnahme an der Fortbildung, der intensiven Beschäftigung mit den Inhalten und Methoden der Integrativen Therapie hat, wie Anfangs schon erwähnt, meine „therapeutische Seele...mein Herz“ gestärkt. Das mag pathetisch klingen, ist allerdings von allergrößter Wichtigkeit für mich. Im Rahmen unserer Institution ist dieses Vorgehen an vielen Stellen nicht realisierbar. Was im Laufe der Zeit stattfindet ist Desillusion, Frustration und nicht selten auch Zweifel an der Richtigkeit, wenn doch der Kontext und das Umfeld etwas vollkommen anderes wünschen und deutlich machen. Durch die Teilnahme an dieser Fortbildung bin ich selbst noch einmal ein Stück weit die 4 Wege gegangen. Ich bin mir über vieles wieder bewusst geworden, was sich tief in mir befindet und gut ist...ich habe wieder Vertrauen gewonnen in den Weg...ich habe mich intensiv und ausgiebig, und unendlich wohltuend mit meinen präferierten, aber oftmals im Alltag zu kurz kommenden kreativen Potentialen befasst und habe in meiner Ausbildungsgruppe eine nie erwartete sehr wertschätzende und mich zutiefst anrührende Solidarität erfahren und dafür danke ich, wem weiß ich nicht genau...und für all das habe ich dann doch gerne geschrieben und festgestellt, dass auch diese Auseinandersetzung sehr inspirierend gewesen ist.

Während meines Schreibens haben vier Menschen aus der Selbsthilfe sehr einschneidende Erfahrungen hinsichtlich einer für sie selbst fast nicht fassbaren Zukunftsperspektive gemacht...Abitur, Studienbeginn und sonstige Qualifikationen nach bei fast allen einer langen Kette von Therapieversuchen und Rückfallgeschehnissen.

Ich denke, diesen Menschen danke ich für das Vertrauen, welches sie mir entgegen bringen und dem Einblick, welchen sie mir gewähren auf ihr Gewordensein und der Möglichkeit, sie lernender Weise begleiten zu dürfen.

Ich glaube, ich werde wohl doch noch meine Doktorarbeit schreiben müssen, denn einige von den Menschen, welche zu uns kommen, wurden von anderer Seite schon lange aufgegeben...Und hier muss, meiner Meinung nach unbedingt ein Paradigmenwandel eingeleitet werden.

Ganz besonders danke ich Adrian und schenke ihm die folgenden Zeilen, und damit beschließe ich auch mein „Werk“:

Gewohnheit, die mächtiger ist
Die uns tötet und doch am Leben hält
Die die Angst in uns nieder hält und
Uns Unendlichkeit und irgendwann ein
Neubeginnen vorspielt und durch das Grau
Die Hoffnung blitzen lässt

Was ich dir am Abend sagen wollte:
Ich will mit dir den Schritt
In die Farben in die Angst
In den Beginn tun.

(aus „Gewalt und Zärtlichkeit; Gedichte von L.“ 1976)

Zusammenfassung: Von der Abhängigkeit in die Souveränität. Über Professionalisierung in der Psychotherapie durch reflektierte und dokumentierte Praxis

Es werden Grundkonzepte der Professionalisierung in der Ausbildung von integrativen TherapeutInnen dargelegt und theoretisch begründet, um verständlich zu machen, wie Praxeologie zu einem fundierten „Habitus“ (*Bourdieu*) wird, einen „Praxissinn“ (*sens pratique*) ermöglicht. Anhand der Begründung des Ausbildungselements des „Behandlungsjournals“, einer Prozessdokumentation, werden die dargelegten Positionen exemplifiziert durch eine integrativtherapeutische longitudinale Karrierebegleitung eines Patienten mit emotional instabiler Persönlichkeit vom Borderline-Typus, Protrahierter PTBS und Polytox-Suchtproblematik. Dieses Behandlungsjournal beschreibt die sequentielle Karrierebegleitung eines politoxikomanen Mannes auf den 4 Wegen der Heilung unter Verwendung der Methodik der Integrativen Therapie.

Schlüsselwörter: Therapieausbildung, Praxeologie, Prozessdokumentation, Sequentielle longitudinale Karrierebegleitung, politoxikoman, 4 Wege der Heilung, Integrative Therapie

Summary: From Dependency to sovereignty. On professionalization in Psychotherapy by Reflected and Documented Practice

Basic concepts of professionalization in training of integrative therapists are presented with their theoretical foundations in order to explain how praxeology is contributing to a well grounded „Habitus“ (*Bourdieu*), which creates a „sense for practice“ (*sens pratique*). The element of the education called „treatment journal“, a documented process of treatment, is used to exemplify these basic positions by the documentation of a longitudinal Career support with Integrative Therapy of a Patient with Borderline Personality Disorder, PTSD and Polytox-Addiction.

This treatment journal describes sequences of a longitudinal support of a polytoxicomaniac man based on the 4 ways of healing, using the method of the Integrative Therapy.

Keywords: Therapy Training, Praxeology, Process Documentation, Sequences of longitudinal support, polytoxicomania, 4 ways of healing, Integrative Therapy

Literatur

Abdul-Hussain, S. (2010): Genderkompetente Integrative Supervision. Wiesbaden: VS-Verlag.

Abdul-Hussain, S., Baig, S. (2009): Diversity in Supervision, Coaching und Beratung. Wien: facultas Verlag.

Bachtin, M.M. (2008): Chronotopos. Frankfurt: Suhrkamp.

Bilgri, A. (2009): Herzensbildung. Ein Plädoyer für das Kapital in uns. München: Pieper.

Bourdieu, P. (1976): Entwurf einer Theorie der Praxis. Frankfurt: Suhrkamp.

Bourdieu, P. (1980): Les sens pratique. Paris: Editions de Minuit.

Bourdieu, P. (1988): Choses dites. Paris: Minuit.

Bourdieu, P. (1994): Raisons pratiques. Sur la théorie de l'action, Paris: Seuil.

Bourdieu, P. (1997): Das Elend der Welt: Zeugnisse und Diagnosen alltäglichen Leidens an der Gesellschaft. Konstanz: Konstanzer Universitätsverlag.

Bourdieu, P. (1997a): Zur Genese der Begriffe Habitus und Feld. In: ders., *Der Tote packt den Lebenden*. Hamburg: Meiner.

Bourdieu, P. (1997b): *Das Elend der Welt. Zeugnisse und Diagnosen alltäglichen Leidens an der Gesellschaft*.

Bourdieu, P. (1998a): *Gegenfeuer. Wortmeldungen im Dienste des Widerstands gegen die neoliberale Invasion*. Konstanz: UVK, S. 96. Netzversion bei <http://www.prekarisierung.de/tolleseite/TEXTE/prekabourdieu.htm>

Bourdieu, P. (1998b): *Praktische Vernunft*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.

Bourdieu, P. (2001): *Gegenfeuer 2*. Konstanz: UVK.

Buchholz, M. B. (1999): *Psychotherapie als Profession*. Gießen: Psychosozial-Verlag,

Csikszentmihalyi, M. & Csikszentmihalyi, I.S. (Hrsg.) (1991): *Die außergewöhnliche Erfahrung im Alltag. Die Psychologie des Flow-Erlebens*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Das, A. (2006): *Field theory - a path integral approach*. Singapore: World Scientific.

Elias, N. (1969): *Über den Prozess der Zivilisation*. 2 Bände. Bern: Franke.

Flammer, A. (1990). *Erfahrung der eigenen Wirksamkeit. Einführung in die Psychologie der Kontrollmeinung*. Bern: Huber.

Freud, S. (1915b): Zeitgemäßes über Krieg und Tod. *GW X*, 324–355.

Freud, S. (1915e): Das Unbewusste, *GWX*, 263-303

Frevert, U., Trost, M. M. (2009): *Herzensbildung. Vom Wesen der Gefühle - Die Historikerin Ute Frevert im Gespräch mit Monika Maria Trost (5/5) Sternstunde Philosophie*. 26.4. Schweizer Fernsehen. <http://www.tvprogramm.sf.tv/details/761f4a65-deb8-438d-896c-b3c189d24223>

Fröhlich, G. (199): *Habitus und Hexis*. In: *Schwengel, H., Höpken, B.* (1999): *Grenzenlose Gesellschaft*. Pfaffenweiler: Centaurus, S. 100-102.

Frühmann, R., Petzold, H.G. (1993a): *Lehrjahre der Seele*, Paderborn: Junfermann.

Gahleitner, S. B., Ossola, E. (2007): *Genderaspekte in der Integrativen Therapie: Auf dem Weg zu einer geschlechtssensiblen Therapie und Beratung*. In: *Sieper, Orth, Schuch* (2007).

Geller, J. D., Norcross, J. C., & Orlinsky, D. E. (Eds.) (2005): *The Psychotherapist's Own Psychotherapy: Patient and Clinician Perspectives*, New York: Oxford University Press.

Giere, R. N. (2000): *Theories*, in: *W.H. Newton-Smith* (Hg.): *A Companion to the Philosophy of Science*. Malden, Mass.: Blackwell Companions to Philosophy 18. S. 515-524.

Goldner, C. (1998): Bert Hellingers Systemfehler, *INTRA* 35 (1998).

Gramsci, A. (1999ff): *Gefängnishefte*. Herausgegeben von *Klaus Bochmann* und *Wolfgang Fritz Haug*, 10 Bände. Hamburg: Argument-Verlag.

Grawe, K. (1992): Therapeuten: unprofessionelle Psychospieler? *Psychologie Heute* 6, 22-28.

Grawe, K. (1998): *Psychologische Therapie*, Göttingen: Hogrefe.

Grawe, K. (2004): *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.

Grawe, K. (2005a): Alle Psychotherapien haben ihre Grenzen, *Neue Zürcher Zeitung* 23.10. 2005, Nr. 43, 78

Grawe, K. (2005b): (Wie) kann Psychotherapie durch empirische Validierung wirksamer werden? *Psychotherapeutenjournal* 1, 4-11.

Habermas, J. (1985): *Der philosophische Diskurs der Moderne*. Frankfurt: Suhrkamp.

Hartz, P., Petzold, H. G. et al. (2010): Chancen für arbeitslose Frauen und Männer, die ihr Leben neu gestalten wollen. *Zeitschr. für Medizinische Psychologie* 2, 47 – 67.

Hass, W., Petzold, H.G. (1999): Die Bedeutung der Forschung über soziale Netzwerke, Netzwerktherapie und soziale Unterstützung für die Psychotherapie - diagnostische und therapeutische Perspektiven. In: *Petzold, H.G., Märten, M. (1999a) (Hrsg.): Wege zu effektiven Psychotherapien. Psychotherapieforschung und Praxis. Band 1: Modelle, Konzepte, Settings.* Opladen: Leske + Budrich, S. 193-272.

Hilgers, M. (2007): *Psychologie in der Krise. Das Prekariat auf der Couch.*
<http://www.psychotherapiepraxis.at/pt-forum/viewtopic.php?f=68&t=10922>

Holzapfel, G. (2007): Integrative Pädagogik, in: *Sieper et al. (2007)*457-487.

Hüther, G. (2001): *Bedienungsanleitung für ein menschliches Gehirn*, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Iljine, V.N., Petzold, H.G, Sieper, J. 1967. Kokreation – die leibliche Dimension des Schöpferischen, Arbeitspapiere. Seminar Prof. Dr. Iljine, Institut St. Denis, Paris. In: *Petzold, Orth (1990a)*, Bd. I, 203-212.

Jäckel, B. (2001): Überlegungen zu einer integrativen Motivationstheorie. *Integrative Therapie* 1-2,145-172.

Kandel, E.R. (2006): *Psychiatrie, Psychoanalyse und die neue Biologie des Geistes*. Frankfurt: Suhrkamp.

Kant, I. (1793/1985): Über den Gemeinspruch: Das mag in der Theorie richtig sein, taugt aber nicht für die Praxis. In: *Schriften zur Geschichtsphilosophie, Immanuel Kant*, Stuttgart: Reclam 1985.

Kebir, S. (1991): *Antonio Gramscis Zivilgesellschaft*; Hamburg: VSA-Verlag.

Keller, D. (2007): Konzept und Konstrukt des Selbstwertes und seine Relevanz für die Psychotherapie.: *Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit, POLYLOGE- 15/2007*, bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm).

Krais, B., Gebauer, G. (2002): *Habitus*. Bielefeld: Transkript Verlag.

Kuhn, T.S. (1976): *Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen*. Frankfurt: Suhrkamp 2. Aufl..

Kuipers, T. A. F. (2001): *Structures in Science. Heuristic Patterns Based on Cognitive Structures. An Advanced Textbook in Neo-Classical Philosophy of Science.* Synthese Library 301. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.

Klos, H., Görge, W. (2009): *Rückfallprophylaxe bei Drogenabhängigkeit. Ein Trainingsprogramm.*Göttingen: Hogrefe.

Lachner, G. (2007): Ethik und Werte in der Integrativen Therapie, in: *Sieper et al (2007)*299 -338.

Laireiter, A.-R. (Hrsg.), *Selbsterfahrung in Psychotherapie und Verhaltenstherapie - Empirische Befunde*. Tübingen: dgvt-verlag.

Lamacz-Koetz, I. (2009): *Neurobiologische Konzepte und ihre Bedeutung für die Integrative Therapie.* *POLYLOGE* Ausgabe 06/2009. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/06-2009-lamacz-koetz>

Leitner, A. (2009): Von der Compliance zu Adherence, vom Informed Consent zu respektvollem Informed Decision Making. *Integrative Therapie* 1, 71-86.

Leitner, A. (2010): Handbuch der Integrativen Therapie. Wien: Springer.

Leitner, A., Märtens, M., Petzold, H.G., Telsemeyer, P. (2004a): Die Effizienz der „Psychotherapeutischen Medizin Weiterbildung“ Psy III. Eine Evaluation im Methodenvergleich IMP, IT, SF. Zentrum für psychosoziale Medizin, Donau-Universität, Krems.

Leitner, A. Sieper, J. (2008): Unterwegs zu einer integrativen Psychosomatik. Das bio-psycho-soziale Modell des Integrativen Ansatzes. *Integrative Therapie* 3, 199- 242.

Leitner, E. Ch., Petzold, H.G. (2004): Pierre Bourdieu – ein Referenztheoretiker der Integrativen Therapie. Hückeswagen: Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit und bei Stumm, G. et al. (2005): Personenlexikon der Psychotherapie. Wien: Springer. 62-64.

Leitner, E., Petzold, H.G. (2005/2010): Dazwischengehen – wo Unrecht geschieht, Integrität gefährdet ist, Würde verletzt wird. Ein Interview mit Hilarion Petzold zum Thema „Engagement und Psychotherapie“ und Integrativen Positionen. Hückeswagen: Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit. Erw. in Petzold, Orth, Sieper 2010.

Levinas, E. (1963): La trace de l'autre, in: En découvrant l'existence avec Husserl et Heidegger, Paris: Vrin. Dt. (1983): Die Spur des anderen. Freiburg: Alber.

Lewin, K. (1942): Field theory of learning. *Yearbook Nat. Soc. Stud. Educ.* 41, 215-242.

Lewin, K. (1943a): Forces Behind Food Habits and Methods of Change. *Bulletin of. National Research Council* 108, 35-65.

Lewin K. (1943b): Defining the "Field at a Given Time." *Psychological Review.* 50, 292-310.

Lewin, K. (1963): Feldtheorie in den Sozialwissenschaften. Bern/Stuttgart: Hans Huber. Orig. (1951): Field Theory in Social Sciences, New York: Harper & Brothers.

Lurija, A.R. (1976): Reduktionismus in der Psychologie. In Zeier, H. (hrsg.): Die Psychologie des 20. Jh. Zürich: Kindler und in Zeier, H. (1984): Lernen und Verhalten, Bd. I, Lerntheorien. Weinheim: Beltz: 1984, 606-614.

Marcel, G. (1985): Leibliche Begegnung, in: Petzold, H. (1985g): Leiblichkeit. Paderborn: 1985, 15-46.

Märtens, M., Leitner, A., Steffan, A., Telsemeyer, P., Petzold, H.G. (2002): Qualitätsicherung in der Weiterbildung „Psychotherapeutische Medizin“ in Niederösterreich. Abschlußbericht für das von der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit im Auftrag der Niederösterreichischen Ärztekammer durchgeführte Forschungsvorhaben. Düsseldorf/Hückeswagen: Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit. Auch in: Leitner, A. (2003): Entwicklungsdynamik in der Psychotherapie. Wien: Kramer, Edition Donau-Universität Krems. S. 357-429.

Märtens, M., Petzold, H.G. (1995a): Perspektiven der Psychotherapieforschung und Ansätze für integrative Orientierungen. *Integrative Therapie* 1, 7-44.

Märtens, M., Petzold; H.G. (2002): Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Mainz: Grünewald.

Marrow, A. J. (1977): Kurt Lewin, Weinheim: Beltz, 3. Aufl. 2002.

Mayo, P. (2006): Politische Bildung bei Antonio Gramsci und Paulo Freire; Hamburg: Argument-Verlag.

Mei, S. van der, Petzold, H.G., Bosscher, R. (1997): Runningtherapie, Streß, Depression - ein übungszentrierter Ansatz in der Integrativen leib- und bewegungsorientierten Psychotherapie. *Integrative Therapie* 3, 374-428.

Merle, J., Merle, S., Bosanac, E. (2006): *The Professionalization of Work*, Whitby: de Sitter Publications.

Mieg, H. A. (2005): Professionalisierung. In: F. Rauner: *Handbuch Berufsbildungsforschung*. Bielefeld, Bertelsmann: S. 342-349.

Moreno, J.L. (1947): Organization of the social atom, *Sociometric Review* 1 (1936b) 11-16; repr. *Sociometry* 3 (1947) 287-293.

Moser, J., Petzold, H.G. (2003/2007): Supervision und Ethik – Theorien, Konzepte, Praxis. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm - *SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* - 03/2007

Müller, L., Petzold, H.G. (1998): Projektive und semiprojektive Verfahren für die Diagnostik von Störungen, Netzwerken und Komorbidität in der Integrativen Therapie von Kindern und Jugendlichen. *Integrative Therapie* 3-4, 396-438.

Newcomb, M.D., Huba, G.j., Bentler, P.M. (1981): Multidimensional assessment of Stressful life events among adolescents.: Derivation and correlates. In: *Journal of Health and social Behaviour* 22, 400-415

Nickl, P. (2001): *Ordnung der Gefühle. Studien zum Begriff des Habitus*. Hamburg: Meiner Verlag.

Nussbaum, M. C. (2000): *Women and Human Development. The Capabilities Approach*. Cambridge: Cambridge University Press.

Nussbaum, M. C., Sen, A. (1993): *The Quality of Life*. Oxford: Clarendon Press

Oeltze, H.-J., Ebert, W., Petzold, H.G. (2002): *Integrative Supervision in Ausbildung und Praxis – eine empirische Evaluationsstudie im Mehrebenenmodell*. Düsseldorf/Hückeswagen, FPI-Publikationen. www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm: *SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* - 01/2002; repr. in: <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/07-2009-ltze-ebert-petzold-neueinst-aus-2002-integrative-supervision>

Oerter, R., Montada, L. (1995): *Entwicklungspsychologie*. München: Psychologie Verlags Union, 3. Auflage.

Orlinsky, D. (1999): Learning from many masters. In: *Petzold, Märtens* (1999) 31-43.

Orlinsky, D. E., Rønnestad; M. H. (2005): *How Psychotherapists Develop: A Study of Therapeutic Work and Professional Growth*. Washington, DC: American Psychological Association.

Orth, I. (2010): Weibliche Identität und Leiblichkeit - Prozesse „konvivaler“ Veränderung und Entwicklung - Überlegungen für die Praxis. In: *Petzold, Orth, Sieper* (2010).

Orth, I., Petzold, H.G. (1995b): Gruppenprozessanalyse - ein heuristisches Modell für Integrative Arbeit in und mit Gruppen. *Integrative Therapie* 2, 197-212. Auch in Textarchiv Petzold 1995, <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/orth-i-petzold-h-g-1995b-gruppenprozessanalyse>.

Orth, I., Petzold, H.G. (1998a). Heilende Bewegung - die Perspektive der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie. In: *Illl, U. Breithecker, D., Mundigler, S.* (1998) (Hrsg.): *Bewegte Schule. Gesunde Schule*. Zürich: Internationales Forum für Bewegung (IFB). S. 183-199; repr. in *Polyloge* 2, 2009. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/04-2009>.

Orth, I., Petzold, H.G. (2004): Theoriearbeit, Praxeologie und „Therapeutische Grundregel“ Zum transversalen Theoriegebrauch, kreativen Medien und methodischer und „sinnlicher Reflexivität“ in der Integrativen Therapie mit suchtkranken Menschen. In: *Petzold, Schay, Ebert* (2004) 297-342

Orth I., Petzold H.G. (2008): Leib und Sprache. Über die Poiesis integrativer und kreativer Psychotherapie - Zur Heilkraft von „Poesietherapie“ und „kreativen Medien“. *Integrative Therapie* 1, 99-132.

Ostermann, D. (2009): Gesundheitscoaching. Wiesbaden VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Osten, P. (2009): Evolution, Familie und Persönlichkeitsentwicklung. Integrative Perspektiven in der Ätiologie psychischer Störungen. Wien: Krammer.

Petzold, H. G. Die Gesamtbibliographie Hilarion Gottfried Petzold und MitarbeiterInnen 1958 – 2009 findet sich bei: <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/01-2009-petzold-h-g-gesamtbibliographie-h-g-petzold-25-03-1944-1958-2009-upd> und wird jährlich auf Position 1 des jeweiligen Jahrgangs als Update aktualisiert in die *POLYLOGE* gestellt. Alle hier im Text genannten aber nicht aufgeführten Texte finden sich dort unter Jahreszahl und Sigle. Die fett gedruckten Titel sind von besonderer Wichtigkeit für das Journal, Abschlussarbeiten und das Abschlusscolloquium. Die Mehrzahl dieser Texte ist im Netz zugänglich.

Petzold, H.G. (1969b): L'analyse progressive en psychodrame analytique, Inst. St. Denis, Semin. Psychol. Prof. Vladimir Iljine, mimeogr.; auszugsweise dtsch. in: 1988o, (in: Bd. I, 2 1988n [S. 455-491], (1996a [S. 455-491])).

Petzold, H.G. (1970b): Some important techniques of psychodrama. Vidareutbildningskurs i psykiatri. Hrsg. E. Franzke, St. Sigfrid Sjukhus, Växjö.

Petzold, H.G. (1970d): Psychodramatische Techniken in der Therapie mit Alkoholikern. *Zeitschr. f. prakt. Psychol.* 8, 387-408.

Petzold, H.G. (1971): „Philosophie Clinique, Thérapeutique philosophique, Philopraxie“, Antrittsvorlesung anlässlich der Berufung zum Professor für „Psychologie Pastorale“ am Institut St. Denis, Etablissement d'Enseignement Supérieur Libre des Sciences Théologiques et Philosophiques, Paris.

Petzold, H.G. (1971i): Moderne Methoden psychologischer Gruppenarbeit in der Erwachsenenbildung. *Erwachsenenbildung* 3, 160-178; auch in: *Petzold* (1973c).

Petzold, H.G. (1973c): Kreativität & Konflikte. Psychologische Gruppenarbeit mit Erwachsenen, Junfermann, Paderborn.

Petzold, H.G., 1974b (Hrsg.). Drogentherapie - Methoden, Modelle, Erfahrungen, Junfermann/Hoheneck, Paderborn; 3.Aufl. Fachbuchhandlung für Psychologie, D. Klotz, Frankfurt 1983, 4. Aufl. 2003.

Petzold, H.G. (1974k): Integrative Bewegungstherapie. In: Petzold, H.G., 1974j. (Hrsg.) Psychotherapie und Körperdynamik, Junfermann, Paderborn, 3. Aufl. 1979.1974j, S. 285-404; revid. in Bd.I. 1(1996a [S.59-172])).

Petzold, H.G. (1977i): Gegen den Mißbrauch von Körpertherapie. Risiken und Gefahren bioenergetischer, primärtherapeutischer und thymopraktischer Körperarbeit. In: *Petzold, H.G.*, 1977n (Hrsg.). Die neuen Körpertherapien, Paderborn: Junfermann, S. 478-490; auch in *Sensus-Kommunikation* 3, 3-7.

Petzold, H.G. (1982): Methodenintegration in der Psychotherapie, Junfermann, Paderborn.

Petzold, H.G. (1980g): Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung in der Integrativen Therapie. In: *Petzold, H.G.*, 1980f. Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung, Paderborn: Junfermann, S. 223-290.

Petzold, H.G. (1984b): Psychodrama. Die ganze Welt ist eine Bühne. In: *Petzold, H.G.*, 1984a (Hrsg.). Wege zum Menschen. Methoden und Persönlichkeiten moderner Psychotherapie. Ein Handbuch. 2 Bde., Junfermann, Paderborn. Bd. 1, 111-216.

Petzold, H.G. (1984h): Die Gestalttherapie von Fritz Perls, Lore Perls und Paul Goodman. *Integrative Therapie* 1/2, 5-72.

Petzold, H.G. (1985d): Die Verletzung der Alterswürde - zu den Hintergründen der Mißhandlung alter Menschen und zu den Belastungen des Pflegepersonals. In: *Petzold, H.G.*, 1985a. Mit alten Menschen arbeiten. Bildungsarbeit, Psychotheapie, Soziotherapie, Pfeiffer, München, S. 553-572, Neuaufl. Stuttgart: Pfeiffer-Klett-Cotta (2005a)265-283.

Petzold, H. (1985g): Leiblichkeit. Junfermann: Paderborn.

Petzold, H.G. (1987d): Kunsttherapie und Arbeit mit kreativen Medien - Wege gegen die "multiple Entfremdung" in einer verdinglichenden Welt. In: *Richter, K.* (Hrsg.), Psychotherapie und soziale Kulturarbeit - eine unheilige Allianz? *Schriftenreihe des Instituts für Bildung und Kultur*, Bd. 9, Remscheid, 38-95; repr. in: *Matthies, K.*, Sinnliche Erfahrung, Kunst, Therapie, Bremer Hochschulschriften, Univ. Druckerei, Bremen 1988.

Petzold, H.G. (1988n): Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ausgewählte Werke Bd. I, 1 und I, 2 Junfermann, Paderborn, 3. revid. und überarbeitete Auflage 1996a.

Petzold, H.G. (1991a): Integrative Therapie; Modelle, Theorien und Methoden einer schulenübergreifenden Psychotherapie; Band I Klinische Philosophie. Junfermann: Paderborn, 2. überarbeitete Auflage 2003.

Petzold, H.G. (1991e): Das Ko-respondenzmodell als Grundlage der Integrativen Therapie und Agogik, überarbeitet und erw. von (1978c); in (1991a) 19 - 90; (2003a) S. 93 - 140.

Petzold, H.G. (1991k): Der "Tree of Science" als metahermeneutische Folie für die Theorie und Praxis der Integrativen Therapie, Fritz Perls Institut, Düsseldorf, repr. Bd. II, 2 (1992a) S. 457-647; (2003a) S. 383 - 514.

Petzold, H.G. (1992a): Integrative Therapie; Modelle, Theorien und Methoden einer schulenübergreifenden Psychotherapie; Band II Klinische Theorie. Junfermann: Paderborn, 2. überarbeitete Auflage 2003.

Petzold, H.G. (1992e): Integrative Therapie in der Lebensspanne. Bd. II, 2 (1992a) S. 649-788; (2003a) S. 515 – 606

Petzold, H.G. (1992f): Gebt Narziß seinen ehrlichen Namen zurück - Überlegungen zu einem Buch über "Narzißmus". *Integrative Therapie* 3, 323-325.

Petzold, H.G. (1993a): Integrative Therapie; Modelle, Theorien und Methoden einer schulenübergreifenden Psychotherapie; Band III Klinische Praxeologie. Junfermann: Paderborn, 2. überarbeitete Auflage 2003

Petzold, H.G. (1993h): Grundorientierungen, Verfahren, Methoden - berufspolitische, konzeptuelle und praxeologische Anmerkungen zu Strukturfragen des psychotherapeutischen Feldes und psychotherapeutischer Verfahren aus integrativer Perspektive. *Integrative Therapie* 4, 341-379 und in: *Hermer, M.* (Hrsg.), Psychologische Beiträge, Pabst Science Publishers, Lengerich 1994, 248-285.

Petzold, H.G. (1993m): "Kontrollanalyse" und Gruppensupervision in "Kompetenzgruppen" - zwei unverzichtbare, aber unterschiedliche Methoden der psychotherapeutischen Weiterbildung in einer

integrativen Perspektive. In: *Frühmann, R., Petzold, H.G.*, Lehrjahre der Seele, Junfermann, Paderborn, S. 479-616.

Petzold, H.G. (1993p): Integrative fokale Kurzzeittherapie (IFK) und Fokaldiagnostik - Prinzipien, Methoden, Techniken. In: *Petzold, Sieper* (1993a) 267-340; repr. in: Bd. II, 3 (2003a) 985 - 1050.

Petzold, H.G. (1996f): Krankheitsursachen im Erwachsenenleben - Perspektiven für Diagnostik, Therapie und Lebenshilfe aus integrativtherapeutischer Sicht. *Integrative Therapie* 2/3, 288-318.

Petzold, H.G. (1996k): Der „Andere“ - das Fremde und das Selbst. Tentative, grundsätzliche und persönliche Überlegungen für die Psychotherapie anlässlich des Todes von *Emmanuel Lévinas* (1906-1995). *Integrative Therapie* 2-3, 319-349; auch in: *Petzold, Orth* (1999a) 337-360.

Petzold, H.G. (1997p): Das Ressourcenkonzept in der sozialinterventiven Praxeologie und Systemberatung. *Integrative Therapie* 4 (1997) 435-471 und in: *Petzold* (1998a) 353-394.

Petzold, H.G. (1998a): Integrative Supervision, Meta-Consulting & Organisationsentwicklung. Modelle und Methoden reflexiver Praxis. Ein Handbuch. Band I. Paderborn: Junfermann. 2. erw. Aufl. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften **2007**.

Petzold, H.G. (1999q): Das Selbst als Künstler und Kunstwerk - Rezeptive Kunsttherapie und die heilende Kraft „ästhetischer Erfahrung“. Düsseldorf/Hückeswagen: FPI/EAG. Und in: *Kunst & Therapie* 1-2/1999, 105-145, *Integrative Therapie* 3/2004, 267-299; Auch in: Düsseldorf/Hückeswagen. Bei www.fpi-publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 07/2001.

Petzold, H. G. (2000): Einführung zu einer Grundregel für die IT. Gehalten auf dem Arbeitstreffen „Psychotherapie und Ethik“, Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit, 1. Mai 2000. Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit, Hückeswagen. *Textarchiv H. G. Petzold* Jg. 2000. <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al/index.php>

Petzold, H.G. (2000a): Eine „Grundregel“ für die Integrative Therapie als Verpflichtung zur Transparenz und Anstoß, „riskanter Therapie“, Fehlern und Ungerechtigkeiten in der Psychotherapie entgegenzuwirken. Vortrag an der EAG, Düsseldorf/Hückeswagen Mai 2000. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm – *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* – 1/2000. Updating 04/2005. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/01-2000-petzold-2000a-grundregel>

Petzold, H.G. (2000d): Client Dignity konkret - PatientInnen und TherapeutInnen als Partner in „kritischer Kulturarbeit“ - eine Initiative. *Integrative Therapie* 2/3, 388 – 396.

Petzold, H.G. (2001k): Sinnfindung über die Lebensspanne: Collagierte Gedanken über Sinn, Sinnlosigkeit, *Abersinn* – integrative und differentielle Perspektiven zu transversalem, *polylogischem* SINN. Düsseldorf/Hückeswagen, bei www.fpi-publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 03/2001. Auch in *Petzold, Orth* (2005a) 265-374.

Petzold, H.G. (2001p/2004): „Transversale Identität und Identitätsarbeit“. Die Integrative Identitätstheorie als Grundlage für eine entwicklungspsychologisch und sozialisationstheoretisch begründete Persönlichkeitstheorie und Psychotherapie – Perspektiven „klinischer Sozialpsychologie“. Düsseldorf/Hückeswagen, bei www.fpi-publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 10/2001, Update 2004, *Integrative Therapie* 4 (2004) 395-422, 4 (2005) 374-397.

Petzold, H.G. (2002b/2006): Zentrale Modelle und KERNKONZEPTE der „INTEGRATIVEN THERAPIE“. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei www.fpi-publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 02/2002. Überarbeitete Version, Kernkonzepte II, 2006.

Petzold, H.G. (2002c): POLYLOGE: die Dialogzentrierung in der Psychotherapie überschreiten. Perspektiven „Integrativer Therapie“ und „klinischer Philosophie“. Hommage an Mikhail Bakhtin. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 04/2002, <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/Petzold-Dialog-Polylog-Polyloge-04-2002.pdf>

Petzold, H.G. (2002j): Das Leibsubjekt als „informierter Leib“ – embodied and embedded. Leibgedächtnis und performative Synchronisationen. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit* 07/2002 und in 2003a, 1051-1092.

Petzold, H. G. (2003a): Integrative Therapie. 3 Bde. Paderborn: Junfermann.

Petzold, H.G. (2003b): Integrative Beratung, differentielle Konflikttheorie und „komplexe soziale Repräsentationen“. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm) - *SUPERVISION: Theorie - Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* 01/2003

Petzold, H.G. (2003g): Lebensgeschichten erzählen. Biographiearbeit, narrative Therapie, Identität. Paderborn: Junfermann.

Petzold, H.G. (2003i): Psychotherapie, die Menschen Menschen „gerecht“ wird? – Einige Überlegungen zu „Just therapy“ und „PatientInnenwürde“. (Langversion von 2003h): *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 12/2009.

Petzold, H.G. (2003d): Unrecht und Gerechtigkeit, Schuld und Schuldfähigkeit, Menschenwürde - der „Polylog“ klinischer Philosophie zu vernachlässigten Themen in der Psychotherapie. *Integrative Therapie* 1 (2003) 27 – 64. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm). *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 14/2006: 2006i <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/14-2006-petzold-h-g-2003b-updating-2006i-unrecht-und-gerechtigkeit.html>.

Petzold, H.G. (2004h): Der „informierte Leib im Polylog“ - ein integratives Leibkonzept für die nonverbale/verbale Kommunikation in der Psychotherapie. In: *Hermer, M., Klinzing, H.G. (Hrsg.) (2004): Nonverbale Kommunikation in der Psychotherapie.* Tübingen: dgvtv. 107-156.

Petzold, H.G. (2004j): Der „informierte Leib“ und performative Synchronisationen in der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie als psychophysiologisches Behandlungsverfahren – Teil I. In: *Psychologische Medizin* 1 (Graz 2004) 10-20.

Petzold, H.G. (2005o): Proaktives Handeln für das Alter „über die Lebensspanne hin“ – ein Paradigmenwechsel in Therapie und feldkompetenter Supervision von der Vergangenheits- zur Zukunftsorientierung wird erforderlich. *Integrative Therapie* 1-2 (2005) 3-6.

Petzold, H.G. (2005r/2010): Entwicklungen in der Integrativen Therapie als „biopsychosoziales“ Modell und „Arbeit am Menschlichen“. Überlegungen zu Hintergründen und proaktiven Perspektiven. *Integrative Therapie* 40 Jahre in „transversaler Suche“ auf dem Wege. Krems, Zentrum für psychosoziale Medizin. Hückeswagen: Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit. [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 04/2010.

Petzold, H.G. (2005s): Qualität in Therapie, Selbsterfahrung, Ausbildung. Ergebnisse einer Ausbildungsevaluation (n = 7068) und Instrumente der Qualitätsdokumentation: EAG-Stundenbegleitbogen, IT-Checkliste, IT-Therapieprozessdokumentation. *Integrative Therapie* 3 (2005) 294-326.

Petzold, H.G. (2006p): Ökosophie, Ökophilie, Ökopsychosomatik Materialien zu ökologischem Stress- und Heilungspotential Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 16/2006 und *Integrative Therapie* 1 (2006) 62-99.

Petzold, H.G. (2006r): Therapieforschung und die Praxis der Suchtkrankenarbeit. In: *Petzold, H.G., Schay, P., Scheiblich, W. (2006): Integrative Suchtarbeit.* Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. 357-391.

Petzold, H.G. (2007a): Integrative Supervision, Meta-Consulting und

Organisationsentwicklung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 2. erw. Aufl.

Petzold, H. G. (2007q): Positionen im „Polylog“. Persönliche Standpunkte zu Fragen der Entwicklung im Felde der Psychotherapie und zum Integrativen Ansatz der Humantherapie. Ein annotiertes Interview (überarbeitet und erweitert von Petzold 2003o), in: Sieper et al. (2007) 154-215 und im Textarchiv Petzold Jg. 2007.

Petzold, H.G. (2008b): „Mentalisierung“ an den Schnittflächen von Leiblichkeit, Gehirn, Sozialität: „Biopsychosoziale Kulturprozesse“. Geschichtsbewusste Reflexionsarbeit zu „dunklen Zeiten“ und zu „proaktivem Friedensstreben“ – ein Essay. Bei: www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit – 28/2008.* Und in: *Thema. Pro Senectute Österreich, Wien/Graz, Geschichtsbewusstsein und Friedensarbeit* - eine intergenerationale Aufgabe. Festschrift für Prof. Dr. Erika Horn S. 54 - 200.

Petzold, H.G. (2008g): Einige Bemerkungen zur Wissensstruktur der Integrativen Therapie für PsychotherapeutenkollegInnen. Bei: www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit – 3/2009.*

Petzold, H. G. (2009): Gesamtbibliographie Hilarion Gottfried Petzold (*25.03.1944) 1958 – 2009
<http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/01-2009-petzold-h-g-gesamtbibliographie-h-g-petzold-25-03-1944-1958-2009-upd>

Petzold, H.G. (2009c): Körper-Seele-Geist-Welt-Verhältnisse in der Integrativen Therapie. Der „Informierte Leib“, das „psychophysische Problem“ und die Praxis. *Psychologische Medizin 1 (Graz) 20-33.*

Petzold, H.G. (2009d): „Macht“, „Supervisorenmacht“ und „potentialorientiertes Engagement“. Überlegungen zu vermiedenen Themen im Feld der Supervision und Therapie verbunden mit einem Plädoyer für eine Kultur „transversaler und säkular-melioristischer Verantwortung“. Bei www.FPI-publikationen.de/materialien.htm - - *Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift – 4, 2009.*

Petzold, H. G. (2009h): Mentalisierung und die Arbeit mit der „Familie im Kopf“. Die „repräsentationale Familie“ ein Basiskonzept integrativ-systemischer Entwicklungstherapie für die familientherapeutische und sozialpädagogische Praxis, Bei www.FPI-publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - Jg. 2009. Integrative Therapie Heft 2, 2010.*

Petzold, H. G. (2010b): Gesundheit, Frische, Leistungsfähigkeit – Potentialentwicklung in der Lebensspanne durch „Integratives Gesundheitscoaching“. In: *Ostermann, D., Gesundheitscoaching.* Wiesbaden VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 9-26 und *POLYLOGE JG. 2010*

Petzold, H. G. (2010f): Sprache, Gemeinschaft, Leiblichkeit und Therapie“ Materialien zu polylogischen Reflexionen, intertextuellen Collagierungen und melioristischer Kulturarbeit – Hermeneutica. Bei www.FPI-publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 7/2010. 1- 190.*

Petzold, H.G. (2010k): Was uns „am Herzen liegt“ in der Integrativen Therapie - Kernanliegen therapeutischer Arbeit und mitmenschlichen Engagements – über sanfte und heftige Gefühle und Regungen des Herzens gegen seelische Verflachung. Bei www.FPI-publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 2010.*

Petzold, H. G. (2010l): „Zu wissen, dass wir zählen ...“ Zum Tode von Ruth C. Cohn. Integrative Therapie 1, 121-133.

Petzold, H.G., Beek, Y van, Hoek, A.-M. van der (1994a): Grundlagen und Grundmuster "intimer Kommunikation und Interaktion" - "Intuitive Parenting" und "Sensitive Caregiving" von der Säuglingszeit über die Lebensspanne. In: *Petzold, H.G. (1994j): Die Kraft liebevoller Blicke. Psychotherapie und Babyforschung Bd. 2:.* Paderborn: Junfermann, 491-646.

Petzold, H. G., Brühlmann-Jecklin, E., Orth, I., Sieper, J. (2007): „Methodenintegrativ“ und „multimodal“ – kokreative Strategien in den Konfluxprozessen der „Integrativen Therapie“. Zur Geschichte und Bedeutung der Begriffe. Mitgliederrundbrief der Deutschen Gesellschaft für Integrative Therapie 2, 24 -36. Auch in Polyloge 33/2008, <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/33-2008-petzold-bru-hlmann-jecklin-orth-sieper>

Petzold, H.G., Feuchtner, C., König, G. (2009): Für Kinder engagiert – mit Jugendlichen auf dem Weg. Wien: Krammer.

Petzold, H.G., Goffin, J.J.M., Oudhof, J. (1993): Protektive Faktoren und Prozesse - die "positive" Perspektive in der longitudinalen, "klinischen Entwicklungspsychologie" und ihre Umsetzung in die Praxis der Integrativen Therapie. In: *Petzold (1993c)* und in : *Petzold, Sieper (1993a)* 173-266.

Petzold, H.G., Hass, W., Jakob, S., Märtens, M., Merten, P. (1995): Evaluation in der Psychotherapieausbildung: Ein Beitrag zur Qualitätssicherung in der Integrativen Therapie. In: *Petzold, Orth, Sieper (1995a)* 180-223.

Petzold, H.G., Hass, W., Jakob, S., Märtens, M., Merten, P. (1999): Evaluation in der Psychotherapieausbildung: Ein Beitrag zur Ausbildungsforschung und Qualitätssicherung am Beispiel der Integrativen Therapie. In: *Petzold, Märtens (1999a)* 351-400.

Petzold, H.G., Hass, W., Märtens, M. (1998a): Qualitätssicherung durch Evaluation in der Psychotherapieausbildung. Ein Beitrag aus dem Bereich der Integrativen Therapie. In: *Laireiter, A., Vogel, H. (1998) (Hrsg.): Qualitätssicherung in der Psychotherapie. Ein Werkstattbuch, DGVT-Verlag, Tübingen, 683-711.*

*Petzold, H.G., Hass, W., Märtens, M., Steffan, A. (2000): Wirksamkeit Integrativer Therapie in der Praxis -Ergebnisse einer Evaluationsstudie im ambulanten Setting. *Integrative Therapie 2/3, 277-355.**

Petzold, H.G., Heidl, H., Walch, S., (1983): Gestalttherapie mit Patienten aus benachteiligten Schichten. In: *Petzold, H.G., Heidl, H., 1983 (Hrsg.). Psychotherapie und Arbeitswelt.* Paderborn: Junfermann. S. 267-309.

*Petzold, H.G., Hentschel, U. (1991): Niedrigschwellige und karrierebegleitende Drogenarbeit als Elemente einer Gesamtstrategie der Drogenhilfe. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 1, 11-19* und in: *Scheiblich, W., Sucht aus der Sicht psychotherapeutischer Schulen, Lambertus, Freiburg 1994, 89-105.**

Petzold, H.G., Hentschel, U., Schay, P. (2004): Niedrigschwellige Drogenarbeit und „intermittierende Karrierebegleitung“ als Elemente einer Gesamtstrategie der Drogenhilfe. In *Petzold, H.G., Schay, P. Ebert, W. (2004), S. 79-108*

Petzold, H.G., Leitner, T., Orth, I., Sieper, J. (2008): Materialien und Konzepte zu Lehrtherapien und Selbsterfahrung in der Psychotherapie – Perspektiven der Integrativen Therapie Bei: www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 24/2008*

Petzold, H.G., Leuenberger, R., Steffan, A. (1998): Ziele in der Integrativen Therapie In: *Ambühl, H., Strauß, B. (Hrsg.), Therapieziele.* Göttingen: Hogrefe. Und erweitert in: *Petzold (1998h)* 142-188. <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/index.php>

Petzold, H.G., Märtens, M. (Hrsg.) (1999): Wege zu effektiven Psychotherapien. Psychotherapieforschung und Praxis. Band 1: Modelle, Konzepte, Settings. Opladen: Leske & Budrich

Petzold, H.G., Michailowa, N. (2008a): Alexander Lurija – Neurowissenschaft und Psychotherapie. Integrative und biopsychosoziale Modelle. Wien: Krammer.

Petzold, H.G., Müller, L. (2004c): Integrative Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – Protektive Faktoren und Resilienzen in der diagnostischen und therapeutischen Praxis. *Psychotherapie Forum* 4, 185-196.

Petzold, H.G., Müller, M. (2005/2007): MODALITÄTEN DER RELATIONALITÄT – Affiliation, Reaktanz, Übertragung, Beziehung, Bindung – in einer „klinischen Sozialpsychologie“ für die Integrative Supervision und Therapie. Hückeswagen: Europäische Akademie und in: *Petzold, H.G., Integrative Supervision*, 2. Aufl. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. 2007a, 367-431.

Petzold, H.G., Müller, L., Horn, E., Leitner, A. (2005): Der permanente Skandal - Gefährliche Pflege, sozialtoxische Kontexte, maligner Burnout. Verletzte Menschenwürde und dehumanisierende Heimsituationen - in Tirol und allüberall. Eine sozialwissenschaftliche und supervisorische Felderkundung. In: *Integrative Therapie* 1/2, 28-117 und in: *Petzold, Müller* (2005).

Petzold, H. G., Müller, L., Horn, E., (2010): HOCHALTRIGKEIT – Herausforderung für persönliche Lebensführung und biopsychosoziale Arbeit. Wiesbaden: VS Verlag.

Petzold, H.G., Orth, I. (1988a): Methodische Aspekte der Integrativen Bewegungstherapie im Bereich der Supervision. *Motorik, Zeitschr. f. Motopäd. u. Motother.* 2 44-56; revid. in (1988n/1996a [S.563-581]).

Petzold, H.G., Orth, I. (1990a/2007): Die neuen Kreativitätstherapien. Handbuch der Kunsttherapie, 2 Bde., Junfermann, Paderborn. 3. Aufl. Bielefeld: Aisthesis 2007.

Petzold, H.G., Orth, I. (1994a): Kreative Persönlichkeitsdiagnostik durch "mediengestützte Techniken" in der Integrativen Therapie und Beratung. *Integrative Therapie* 4 (1994) 340-391.

Petzold, H.G., Orth, I. (1995c): Weiterbildung von Lehrtherapeuten - ein Muss für die Qualitätssicherung in der Ausbildung von Psychotherapeuten. Konzepte für die Mitarbeiterfortbildung an FPI und EAG. In: *Petzold, Orth, Sieper* (1995a) 30-66.

Petzold, H.G., Orth, I. (1998): Wege zu "fundierter Kollegialität" - innerer Ort und äußerer Raum der Souveränität, in: *Slembek, E., Geissner, H. (1998): Feedback. Das Selbstbild im Spiegel der Fremdbilder.* St. Ingbert: Röhrig Universitätsverlag. 107-126.

Petzold, H.G., Orth, I. (2004b): „Unterwegs zum Selbst“ und zur „Weltbürgergesellschaft“ - „Wegcharakter“ und „Sinndimension“ des menschlichen Lebens - Perspektiven Integrativer „Kulturarbeit“ - Hommage an Kant, Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit, Hückeswagen, mimeogr. Ergänzt in: *Petzold, Orth* (2005a) 689-791 und in *POLYLOGE* 9, 9/2009

Petzold, H.G., Orth, I. (2007): „Der schiefe Turm fällt nicht weil ich das wi!!!“ – Kunst, Wille, Freiheit. Kreativ-therapeutische Instrumente für die Integrative Therapie des Willens: Willenspanorama, Zielkartierungen, Ich-Funktions-Diagramme. Hückeswagen: EAG und in: *Petzold, Sieper* (2008a) 553 - 596.

Petzold, H. G., Orth, I., Orth-Petzold, S. (2009): Integrative Leib- und Bewegungstherapie – ein humanökologischer Ansatz. Das „erweiterte biopsychosoziale Modell“ und seine erlebnisaktivierenden Praxismodalitäten: therapeutisches Laufen, Landschaftstherapie, „Green Exercises“. Bei www.FPI-publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 10/2009. S. 1-150.

Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J. (1995a) (Hrsg.): Qualitätssicherung und Didaktik in der therapeutischen Aus- und Weiterbildung. Sonderausgabe *Gestalt und Integration*. Düsseldorf: FPI-Publikationen.

Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J. (1995c): Curricular strukturierte Psychotherapieausbildung. Überlegungen zur strukturierten Vermittlung psychotherapeutischer Kompetenz und Performanz. In: Petzold, Orth, Sieper (1995a) 12-29.

Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J. (2006): Erkenntnistheoretische, entwicklungspsychologische, neurobiologische und agogische Positionen der „Integrativen Therapie“ als „Entwicklungstherapie“. In: *Petzold, H.G., Schay, P., Scheiblich, W. (2006): Integrative Suchtarbeit.* Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. 627-713.

Petzold, H. G., Orth, I. Sieper, J. (2010): Gewissensarbeit, Weisheitstherapie, Geistiges Leben als Themen moderner Psychotherapie. Wien: Krammer.

Petzold, H.G., Schay, P. Ebert, W. (Hrsg.) (2004): Integrative Suchttherapie. Theorie, Methoden und Praxis. Wiesbaden: VS

Petzold, H.G., Schay, P., Scheiblich, W. (Hrsg.) (2006): Integrative Suchtarbeit. Innovative Modelle, Praxisstrategien und Evaluation. Wiesbaden:VS

Petzold, H.G., Schuch, W. (1991): Der Krankheitsbegriff im Entwurf der Integrativen Therapie. In: Pritz, A., Petzold, H.G., 1991. Der Krankheitsbegriff in der modernen Psychotherapie, Junfermann, Paderborn, S. 371-486.

Petzold, H.G., Sieper, J. (1970): Zur Verwendung des Psychodramas in der Erwachsenenbildung, Zeitschrift f. prakt. Psychol. 8 (1970) 392-447

Petzold, H.G., Sieper, J. (1972a): Präambel, 1. Jahresprogramm des Fritz Perls Instituts für Integrative Therapie, Gestalttherapie und Kreativitätsförderung, Basel, Würzburg, Düsseldorf.

Petzold, H.G., Sieper, J. (1972b): Ausbildungsrichtlinien des Fritz Perls Instituts, Basel, Würzburg, Düsseldorf.

Petzold, H.G., Sieper, J. (1976): Zur Ausbildung von Gestalttherapeuten. Integrative Therapie 2/3, 120-144.

Petzold, H.G., Sieper, J. (1988b): Die FPI-Spirale - Symbol des "heraklitischen Weges". Gestalttherapie & Integration, Gestalt-Bulletin 2, 5-33, auch in 2003a, 351-374.

Petzold, H.G., Sieper, J.(1993a): Integration und Kreation, 2 Bde., Paderborn: Junfermann, , 2. Auflage 1996.

Petzold, H.G., Sieper, J. (2001d/2009): Das „wertgeschätzte Differente“ in einer engagierten, eingreifenden Wissenschaft: Problematisierungen des „Wissenschaftlichkeitsvorbehalts“ in der Charta, Vorschläge und Alternativen. In: Gestalt 41, S. 52-68. Erweitert und fortgesetzt in Petzold 2001o: Düsseldorf/Hückeswagen. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit - 02/2001 und erweitert im Update: Der Chartaprozess - die „Charta-Wissenschaftscolloquien“ 2000 – 2001 Der Beitrag der Integrativen Therapie Ausgewählte Texte 2009. POLYLOGE 14/2009

Petzold, H.G., Sieper, J. (2007f): Perspektiven zur Willensfrage in der Integrativen Therapie. Integrativen Therapie 4, 445-464.

Petzold, H.G., Sieper, J. (2008a): Der Wille, die Neurowissenschaften und die Psychotherapie. 2 Bände. Bielefeld: Sirius.

Petzold, H.G., Sieper, J. (2008b): Integrative Soziotherapie - zwischen Sozialarbeit, Agogik und Psychotherapie. Zur Konnektivierung von Modellen der Hilfeleistung und Entwicklungsförderung für optimale Prozessbegleitung. Bei www.FPI-publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 25/2008.

Petzold, H. G., Sieper, J. (2008c): Integrative Willenstherapie. Perspektiven zur Praxis des diagnostischen und therapeutischen Umgangs mit Wille und Wollen. In *Petzold, Sieper (2008a)* 473-592; auch in Petzold; Textarchiv 2008. <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al/index.php>

Petzold, H.G., Sieper, J., Schuch, W., Thomas, G. (1995): Abschluß der Ausbildung und Beurteilungsverfahren – Supervision, Lehranalyse, Kontrollanalyse, Qualitätssicherung, in: *Petzold, Orth, Sieper (1995)* 251-255.

Petzold, H.G., Steffan, A. (1999a): Selbsterfahrung in der Ausbildung von PsychotherapeutInnen - empirische Perspektiven aus der Sicht der Integrativen Therapie. In: *Laireiter, A.-R. (Hrsg.), Selbsterfahrung in Psychotherapie und Verhaltenstherapie - Empirische Befunde.* Tübingen: dgvt-verlag.

Petzold, H.G., Steffan, A. (1999b): Ausbildung, Selbsterfahrung und Selbstmodelle in der Integrativen Therapie - Hintergründe, Konzepte und Forschungsergebnisse zu einer „transversalen“ Weiterbildungskultur. In: *Gestalt (Schweiz) 37 (Februar 2000),* 25-65.

Petzold, H.G., Steffan, A. (2000b): Ausbildungsevaluation und Qualitätssicherung in der Integrativen Therapie – das EAG-Qualitätssicherungssystem. *Integrative Therapie 2/3,* 355 – 366.

Petzold, H.G., Steffan, A. Zdunek, K. (2000b): Qualitätssicherung in der Ausbildung von Integrativer Psychotherapie an FPI/EAG – Dargestellt an Ergebnissen einer Veranstaltungsevaluation im EAG-Qualitätssystem. *Integrative Therapie 1,* 96-117.

Petzold, H.G., Wolff, U., Landgrebe, B., Josić, Z., Steffan, A. (2000): Integrative Traumatherapie – Modelle und Konzepte für die Behandlung von Patienten mit „posttraumatischer Belastungsstörung“. In: *van der Kolk, B., McFarlane, A., Weisaeth, L.: Traumatic Stress. Erweiterte deutsche Ausgabe.* Paderborn: Junfermann. 445-579.

Pfadenhauer, M. (2005): Professionalität. Eine wissenssoziologische Rekonstruktion institutionalisierter Kompetenzdarstellungskompetenz. Opladen: Leske + Budrich.

Popper, K. R. (1963): Conjectures and refutations: the growth of scientific knowledge. London: Routledge and Kegan Paul.

Rahm, D., Otte, H., Ruhe-Hollenbach, H. (1993): Einführung in die Integrative Therapie; Grundlagen und Praxis. Junfermann: Paderborn

Reichel, R. (2005): Beratung – Psychotherapie – Supervision. Einführung in die psychosoziale Beratungslandschaft. Facultas, Wien.

Reichel, R. (2007): Komplexität erweitern und verringern – ein Beitrag zur Didaktik in Ausbildungen für Integrative Therapie, Beratung und Supervision Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - *SUPER ISION: Theorie – Praxis – Forschung Ausgabe 01/2007.*

Renz, H., Petzold, H.G. (2006): Therapeutische Beziehungen – Formen „differentieller Relationalität“ in der integrativen und psychodynamisch-konflikttherapeutischen Behandlung von Suchtkranken. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit - Jg. 13/2006*

Ritter, J. (1953): Die Lehre vom Ursprung und Sinn der Theorie bei Aristoteles, *Veröffentlichungen der Arbeitsgemeinschaft für Forschung des Landes Nordrhein-Westfalen, Geisteswissenschaften 1,.* 32-54.

Rizzolatti, G. (2008). Empathie und Spiegelneurone: die biologische Basis des Mitgefühls. Frankfurt: Suhrkamp.

Rizzolatti, G., Fadiga, L., Gallese, V., Fogassi, L. (1996): Premotor cortex and the recognition of motor actions. *Cognitive Brain Research 3,* 131-141.

- Rizzolati, G., Sinigaglia, C. (2008): *Mirrors in the Brain*, New York: Oxford University Press.
- Rønnestad, M.H., Orlinsky, D.E. (2005): *Therapeutic work and Professional Development: Main Findings and Practical Implications of a Long-Term International Study. impuls 2-2005, tidsskrift for psykologi, Oslo, S. 20-24.*
- Roth, G. (1972): *Gramscis Philosophie der Praxis. Eine neue Deutung des Marxismus.* Düsseldorf: Patmos.
- Rutter, M. (1988): *Studies of psychosocial risk. The power of longitudinal data.* Cambridge
- Scheiblich, W., Petzold, H.G. (2006): *Probleme und Erfolge stationärer Behandlung drogenabhängiger Menschen im Verbundsystem - Förderung der „Regulationskompetenz“ und „Resilienz“ durch „komplexes Lernen“- katamnestic dargestellt am Beispiel beruflicher/schulischer Rehabilitation.* In: Petzold, H.G., Schay, P., Scheiblich, W. (2006): *Integrative Suchtarbeit.* Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. 477-532.
- Schiepeck, G. (2003): *Neurobiologie der Psychotherapie.* Stuttgart: Schattauer.
- Schiepeck, G. (2008): *Die Bedeutung der Neurobiologie für eine Integrative Psychotherapie. Integrative Therapie 3, 243-254.*
- Schigl, B., Petzold, H.G. (1997): *Evaluation einer Ausbildung in Integrativer Supervision mit Vertiefungsschwerpunkt für den klinisch-geriatrischen Bereich - ein begleitendes Forschungsprojekt. Integrative Therapie 1-2, 85-145.*
- Schlagmann, K. (2008): *Zur Rehabilitation von Narziss. Mythos und Begriff. Integrative Therapie 34/4, 443-464.*
- Schmitz, H. (1989): *Leib und Gefühl. Materialien zu einer philosophischen Therapeutik.* Paderborn: Junfermann.
- Sennett, R. (2002): *Respekt im Zeitalter der Ungleichheit.* Berlin Verlag, Berlin.
- Sieper, J. (2007): Agogische Bildungsarbeit, pädagogische Perspektiven,** in Sieper et al. (2007) 449-456.
- Sieper, J. (2006): „Transversale Integration“: Ein Kernkonzept der Integrativen Therapie -** Einladung zu ko-respondierendem Diskurs. *Integrative Therapie*, Heft 3/4 (2006) 393-467 und erg. in: Sieper, Orth, Schuch (2007) 393-467. Auch in *POLYLOGE* Jg. 2010.
- Sieper, J. (2007b): Integrative Therapie als „Life Span Developmental Therapy“ und „klinische Entwicklungspsychologie der Bezogenheit“** mit Säuglingen, Kindern, Adoleszenten, Erwachsenen und alten Menschen, *Gestalt & Integration*, Teil I 60, 14-21, Teil II 61 (2008) 11-21. Auch in *POLYLOGE* Jg. 2010.
- Sieper, J., Orth, I., Schuch, H.W. (2007) (Hrsg.): Neue Wege Integrativer Therapie.** Klinische Wissenschaft, Humantherapie, Kulturarbeit – Polyloge – 40 Jahre Integrative Therapie, 25 Jahre EAG - Festschrift für Hilarion G. Petzold. Bielefeld: Edition Sirius, Aisthesis Verlag.
- Sieper, J., Orth, I., Petzold, H.G. (2009): *Zweifel an der „psychoanalytischen Wahrheit“- Psychoanalyse zwischen Wissenschaft, Ideologie und Mythologie,* in: Leitner, A., Petzold, H.G. (2009): *Sigmund Freud heute. Der Vater der Psychoanalyse im Blick der Wissenschaft und der psychotherapeutischen Schulen.* Wien: Edition Donau-Universität - Krammer Verlag Wien. S. 573-635.
- Sieper, J., Orth, I., Petzold, H. G. (2010): Warum die „Sorge um Integrität“** uns in der Integrativen Therapie wichtig ist – Überlegungen zu Humanität, Menschenwürde und Tugend in der Psychotherapie. In: Petzold, H. G., Orth, I. Sieper, J. (2010): *Gewissensarbeit, Weisheitstherapie, Geistiges Leben als Themen moderner Psychotherapie.* Wien: Krammer.

Sieper, J., Petzold, H.G. (1993c): Integrative Agogik - ein kreativer Weg des Lehrens und Lernens. In: *Petzold, Sieper* (1993a) 359-370.

Sieper, J., Petzold, H.G. (2001c): „Eingreifende Wissenschaft“ für „Menschenarbeiter“. *Integrative Therapie* 1, 208-209.

Sieper, J., Petzold, H.G. (2002): Der Begriff des „Komplexen Lernens“ und seine neurowissenschaftlichen und psychologischen Grundlagen – Dimensionen eines „behavioralen Paradigmas“ in der Integrativen Therapie. Lernen und Performanzorientierung, Behaviourdrama, Imaginationstechniken und Transfertraining. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 10/2002 und gekürzt in *Leitner, A.* (2003): *Entwicklungsdynamiken der Psychotherapie*. Wien: Kramer, Edition Donau-Universität. S. 183-251.

Sieper, J., Schmiedel, I. (1993): Innovatorische Aktivitäten von Hilarion G. Petzold im Bereich der Psychotherapie, psychosozialen Arbeit und Agogik – ein Überblick. In: *Petzold, H.G., Sieper, J.* (1993a): *Integration und Kreation*. Band 1. Paderborn: Junfermann. 421-437.

Spilles G., Weidig U. (2005): Überlegungen zu männerspezifischen Behandlungsansätzen in der Suchtkrankenhilfe am Beispiel der Ambulanten Rehabilitation Sucht (ARS) unter besonderer Berücksichtigung des Modells der Integrativen Therapie. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit*. Eine Internet-Zeitschrift für „Integrative Therapie“ - Jg. 2005. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/nr-10-2005-spilles-georg-ueberlegungen-zu-maennerspezifischen-behandlung>

Steffan, A. (2002): *Integrative Therapie in der Praxis. Ergebnisse einer Psychotherapie-Evaluation im ambulanten Setting*, Berlin: Logos.

Stegmüller, W.(1973): *Probleme und Resultate der Wissenschaftstheorie und Analytischen Philosophie*. Teilbände II/2-3. Berlin/Heidelberg/New York: Springer.

Stern, D.N. (1992): *Die Lebenserfahrung des Säuglings*, Stuttgart: Klett-Cotta.

Stroebe, W., Jonas, K., Hewstone, M. (2002): *Sozialpsychologie. Eine Einführung*, Berlin: Springer.

Thomas, G. (1986): *Unterschicht, Psychosomatik & Psychotherapie*. Paderborn: Junfermann.

Tosel, A., Barata-Moura, J. (1999): *Praxis*. In: *Hans Jörg Sandkühler* (Hrsg.): *Enzyklopädie Philosophie*. Bd. 2: O–Z, Hamburg: Meiner, S. 1310–1318.

Waibel, M., Jakob-Krieger, C. (2009): *Integrative Bewegungstherapie*. Stuttgart: Schattauer.

Waibel, M., Petzold, H. G. (2009): *Integrative Ausdauertherapie bei depressiven Erkrankungen*, in: *Waibel, M., Jakob-Krieger, C.* (2009): *Integrative Bewegungstherapie*. Stuttgart: Schattauer. 81-97.

Waibel, M., Petzold, H. G., Orth, I., Jakob-Krieger, C.(2009): *Grundlegende Konzepte der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie (IBT)*. In: *Waibel, M., Jakob-Krieger, C.* (2009): *Integrative Bewegungstherapie*. Stuttgart: Schattauer. 1-20.

Weiner, M. (1978): *Therapist disclosure. The use of the self in psychotherapy*, Boston: Butterworth.

Welsch, W. (1996): *Vernunft*, Frankfurt: Suhrkamp.

Westermann, R. (2000): *Wissenschaftstheorie und Experimentalmethodik. Ein Lehrbuch zur psychologischen Methodenlehre*. Göttingen: Hogrefe.

Winnicott, D.W.(1974): *Reifungsprozess und fördernde Umwelt*, München: Kindler.

Anhang I

IT–Checkliste für Integrative-TherapeutInnen © Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit

Methodenspezifität des Vorgehens in der Integrativen Therapie

TherapeutIn-Code):

--	--	--	--	--	--

Gender: männl. ♂ |__|

weibl. ♀ |__|

Lebensalter: _____

PatientIn-Code:

--	--	--	--	--	--

Gender: männl. ♂ |__|

weibl. ♀ |__|

Lebensalter: _____

Therapieperiode Daten: von _____ bis _____

Diagnose: DSM-IV: _____ oder ICD 10: _____

Komorbiditäten:

Dauer der Erkrankung/Chronizität: _____ Jahre

Lebenslage:

Gut	mittel	schlecht
-----	--------	----------

Schicht:

Ober-	Mittel-	Unter-schicht
-------	---------	---------------

Weitere Besonderheiten:

Ich habe folgende IT-typischen therapeutischen Interventionen durchgeführt/eingesetzt:
Bitte ja/nein, Häufigkeit oder Intensitätseinschätzung ankreuzen bzw. Zahl angeben, wie viel mal

Welche der 14 Heilfaktoren haben Sie verwandt

1. Einführendes Verstehen, Empathie **EV**

Nie	selten	häufig	sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

2. Emotionale Annahme und Stütze **ES**

Nie	selten	häufig	sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

3. Hilfen bei der realitätsgerechten praktischen Lebensbewältigung **LH**

Nie	selten	häufig	sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

4. Förderung emotionalen Ausdrucks und volitiver Entscheidungskraft **EA**

Nie	selten	häufig	sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

5. Förderung von Einsicht, Sinnerleben, Evidenzerfahrungen **EE**

Nie	selten	häufig	sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

6. Förderung kommunikativer Kompetenz und Beziehungsfähigkeit **KK**

Nie	selten	häufig	sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

7. Förderung leiblicher Bewusstheit, Selbstregulation, psychophysischer Entspannung **LB**

Nie	selten	häufig	sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

8. Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen **LM**

Nie	selten	häufig	sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

9. Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte **KG**

Nie	selten	häufig	sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

10. Erarbeitung positiver Zukunftsperspektiven und Erwartungshorizonte **PZ**

Nie	selten	häufig	sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

11. Förderung positiver persönlicher Wertebezüge, Konsolidierung der existentiellen Dimension **PW**

Nie	selten	häufig	sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

12. Förderung eines prägnanten Selbst- und Identitätserlebens und positiver selbstreferentieller Gefühle und Kognitionen, d.h. „persönlicher Souveränität“ **PI**

Nie	selten	häufig	sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

13. Förderung tragfähiger sozialer Netzwerke **TN**

Nie	selten	häufig	sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

14. Ermöglichung von Empowerment- und Solidaritätserfahrung **SI**

Nie	selten	häufig	sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

15. Wurde systematisch mit salutogen-protaktiven und Resilienzfaktoren gearbeitet?

Nie	selten	häufig	sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

Welcher der „Vier Wege der Heilung und Förderung“ kam in den Sitzungen zum Tragen

16. 1. Weg: Bewusstseinsarbeit

Nie	selten	häufig	sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

17. 2. Weg: Nach- und Neusozialisation

Nie	selten	häufig	sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

18. 3. Weg: Ressourcenorientierte Erlebnisaktivierung

Nie	selten	häufig	sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

19. 4. Weg: Förderung von exzentrischer Überschau und von Solidaritätserfahrungen

Nie	selten	häufig	sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

Welche der sechs Modalitäten kam zum Einsatz

20. Übungszentriert-funktionale Modalität

Nie	selten	häufig	sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

21. Konservativ-stützende Modalität

Nie	selten	häufig	sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

22. Erlebniszentriert-stimulierende (agogische) Modalität

Nie	selten	häufig	sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

23. Konfliktzentriert-aufdeckende Modalität

Nie	selten	häufig	sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

24. Netzwerk- und lebenslageorientierte Modalität

Nie	selten	häufig	sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

25. Medikamentengestützte, supportive Modalität

Nie	selten	häufig	sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

Welche Beziehungsmodalitäten standen im Vordergrund

26. Kontakt

Nie	selten	häufig	sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

27. Begegnung

Nie	selten	häufig	sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

28. Beziehung

Nie	selten	häufig	sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

29. Bindung

Nie	selten	häufig	sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

30. Wurde Mutualität praktiziert und thematisiert?

Nie	selten	häufig	sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

Welche kreativen Medien wurden eingesetzt?

31. bildnerische

Nie	selten	häufig	Sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

32. sprachlich/poetische

Nie	selten	häufig	Sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

33. Bewegung/Tanz/ musikalisch/rhythmische

Nie	selten	häufig	Sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

34. Puppen/Masken/ dramatherapeutische

Nie	selten	häufig	Sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

Welche methodischen Schwerpunkte wurden verwandt

35. Wurden üebend behaviorale Methoden verwandt?

Nie	selten	häufig	Sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

36. Wie intensiv war das intersubjektive/affiliative Klima?

sehr intensiv		Gut		Unzu reich end
---------------	--	-----	--	----------------

37. Wie war die Netzwerkorientierung der Sitzungen?

sehr intensiv		Gut		Unzu reich end
---------------	--	-----	--	----------------

38. Wie intensiv war die Leiborientierung der Sitzungen?

sehr intensiv		Gut		Unzu reich end
---------------	--	-----	--	----------------

39. Wie war die Berücksichtigung störungsbildspezifischer Strategien?

sehr intensiv		Gut		Unzu reich end
---------------	--	-----	--	----------------

40. Wie war die Vorbereitung auf den Transfer in den Alltag?

sehr intensiv		Gut		Unzu reich end
---------------	--	-----	--	----------------

Auf welchem Strukturniveau der Persönlichkeit wurde vorwiegend gearbeitet?

41. **Selbst**

Nie	selten	häufig	Sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

42. Stärkung von Selbst- und Selbstwertgefühl

Nie	selten	häufig	Sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

43. Stärkung von Kohärenzwahrnehmung

Nie	selten	häufig	Sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

44. Stärkung von Selbstwirksamkeit/Souveränität

Nie	selten	häufig	Sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

45. **Ich**

Nie	selten	häufig	Sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

46. Förderung von Ich-Stärke insgesamt

Nie	selten	häufig	Sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

47. Förderung von Ich-Flexibilität

Nie	selten	häufig	Sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

48. Förderung einzelner primärer, sekundärer oder tertiärer Ich-Funktionen

Nie	selten	häufig	Sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

49. **Identität**

Nie	selten	häufig	Sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

50. Förderung von Identitätsstabilität

Nie	selten	häufig	Sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

51. Förderung von Identitätsflexibilität

Nie	selten	häufig	Sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

52. Förderung spezifischer Identitätsbereiche (Identitätssäulen)

Nie	selten	häufig	Sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

53. Säule Leiblichkeit

Nie	selten	häufig	Sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

54. Säule Soziales Netzwerk

Nie	selten	häufig	Sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

55. Säule Arbeit/Leistung/Freizeit

Nie	selten	häufig	Sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

56. Säule Materielle Sicherheit

Nie	selten	häufig	Sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

57. Werte

Nie	selten	häufig	Sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

58. Wurden genderspezifische Perspektiven berücksichtigt?

Nie	selten	häufig	Sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

59. Wurden schichtspezifische Perspektiven berücksichtigt?

Nie	selten	häufig	Sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

60. Wurden lebensalterspezifische Perspektiven berücksichtigt?

Nie	selten	häufig	Sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

61. **Wurde auf Fortschritte in den Zieldimensionen der Therapie geachtet?**

Nie	selten	häufig	Sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

62. Bei den Feinzielen?

Nie	selten	häufig	Sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

63. Bei den Grobzielen?

Nie	selten	häufig	Sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

64. Bei den Metazielen (Leit- und Richtzielen)?

Nie	selten	häufig	Sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

Supervision, Information, Ethikreglement

65. Wurde die Therapie durch Supervision/Kontrollanalyse begleitet?

Ja	nein
----	------

	X mal
--	----------
66. Wurde die Patientin/der Patient darüber informiert und seine Zustimmung eingeholt?

--	--

	X Mal
--	----------
67. Wurde bei Therapiebeginn und ggf. im Therapieverlauf über das Verfahren informiert Und auf mögliche Risiken und Nebenwirkungen hingewiesen?

Ja	nein
----	------
68. Wurde ein schriftlicher Behandlungsvertrag geschlossen und auf „informed consent“ geachtet?

Ja	nein
----	------
69. Wurde über berufsständische Beschwerdemöglichkeiten (Ethikkommission o. a.) informiert?

Ja	nein
----	------
70. Wurden die Prinzipien der Grundregel der Integrativen Therapie vermittelt und beachtet?

Ja	nein
----	------

Diese Check-Liste, die natürlich für dyadische Behandlungen („Einzeltherapien“) konzipiert ist – für Gruppentherapien sind andere Instrumente einzusetzen (*Orth, Petzold 1995*) –, war bewusst nicht nur für wissenschaftliche Untersuchungen ausgelegt worden, sondern kann und soll dazu dienen, sich in fortlaufenden Therapieprozessen zu orientieren und supervisorische bzw. metareflexive Prozesse zu unterstützen. Vor allen Dingen kann an ihr abgelesen werden, ob die aus der therapeutischen Metatheorie und klinischen Theorie (*Petzold 1992a/2003*) abgeleiteten Metaziele oder aus der Lebensweltanalyse erarbeiteten Grob- und Feinziele (*idem 1988n*) angegangen und realisiert werden, um angemessene Regulationsprozesse zu erreichen.

Anhang II

Das Zielstrukturraster der Integrativen Therapie ZSIT

Die differentielle Zieltheorie des Integrativen Verfahrens (*Petzold, Leuenberger, Steffan 1998*) und seine Praxeologie der konsensuellen Zielerarbeitung und -vereinbarung zwischen Therapeut und Klient machen eine systematische Beachtung und Bearbeitung der Zielrealisierung erforderlich, in der Entscheidungen getroffen, Willensentschlüsse gestützt werden müssen (*Petzold, Sieper 2003a, 2008*) und vielleicht Willenspathologien (schwacher Wille, Unentschiedenheit, Entscheidungsunfähigkeit) bearbeitet werden müssen, denn der Wille ist für die Umsetzung und Realisierung von Therapiezielen unerlässlich. Es ist deshalb unverständlich, warum die Willensfrage und die Fragen einer differentiellen Zielplanung in den meisten Psychotherapieformen (die VT natürlich ausgenommen)

so vernachlässigt wurden, und deshalb sei hier kurz die Integrative Position zum Thema „Ziele“ dargestellt anhand eines **Zielstrukturrasters**.

Metaziele sollen als übergeordnete Ziele v.a. dazu dienen, für die bewusste Handlungssteuerung in persönlichen und therapeutischen Entwicklungsprozessen verfügbar zu sein. Solche Ziele sind z. B.

- psychophysische und soziale **Regulationskompetenz** und **-performanz** (Petzold, Orth, Sieper 2005), die Grundlage von Gesundheit, Wohlbefinden und Leistungsfähigkeit ist
- Intersubjektivität, Polylog- und Ko-respondenzfähigkeit (Kontakt-, Begegnungs-, Beziehungs- u. Bindungsfähigkeit) Empathiefähigkeit, Konsens-, Kooperationsfähigkeit u.a. (idem 1993a/2003a, Bd. III, 794ff; 2002c; Petzold, Müller 2005)
- komplexes Bewusstsein, Reflexionsfähigkeit, Selbst- und Weltverständnis, Lebensplanung und -gestaltung (idem 1988n, 278ff; Grund, Petzold et al. 2005)
- persönlicher Lebenssinn, sense of coherence (Petzold, Orth 2005a; Antonovsky 1979)
- Selbstaktualisierung, Entwicklungs- und Regulationsfähigkeit bezüglich eigener Kompetenzen, Performanzen und Potentiale, „persönliche Souveränität“ (Petzold, Orth 1998b; Petzold, Orth, Sieper 2005)
- Kreativität bzw. gemeinschaftliche Kokreativität (Petzold & Orth 1990a)
- „engagierte Verantwortung“ für Integrität gegenüber sich selbst, der Mit- und der Umwelt (Petzold, Orth 2004b)
- Fähigkeit zu „fundierter Partnerschaftlichkeit“ in der Privatsphäre und „fundierter Kollegialität“ (idem 1998a) im Berufsleben

Grobziele leiten sich ab aus den Theorien mittlerer Reichweite (realexplikative Theorien, vgl. Petzold, 1992a, S. 522-616) wie Persönlichkeitstheorie, Entwicklungstheorie, Krankheits- u. Gesundheitstheorie und aus der Lebenswelt-, Lebenslage- und Lebenssituationsanalyse. Sie betreffen die Person in ihrem Umfeld, ihrem *Kontext* und ihrem *Zeitkontinuum* - Vergangenheit, Gegenwart, Zukunft - und werden mit den spezifischen, aus der Exploration der Persönlichkeit und der Kontext-/Kontinuumsanalyse des konkreten Patienten gewonnene Daten verbunden (matching), um im „*therapeutischen Curriculum*“ des Patienten umgesetzt zu werden. Grobziele lassen sich wie folgt gliedern:

Persönlichkeitsbestimmte und strukturelevante Ziele:

- Ziele bezüglich Selbst-, Ich- und Identitäts-Entwicklung (Petzold, 1992a, S. 526ff), bezüglich Emotionen, Kognitionen, Volitionen, personaler und sozialer **Kompetenz** und **Performanz**, dysfunktionaler und funktionaler Struktur und Tendenzen im persönlichen Strukturgefüge.
- **Persönliche Souveränität** (Petzold & Orth, 1998b) durch ein positives, **konsistentes** und **stabiles Selbst** mit entsprechenden selbstreferentiellen Emotionen und Kognitionen, Fähigkeit zur Selbst-Bestärkung, Selbst-Sorge und Selbst-Gefährtschaft, zum Einstehen für sich selbst. Erleben eines von Grundvertrauen (basic trust) getragenen Lebensgefühls, Integration dissoziierter Persönlichkeitsanteile ins eigene Selbstbild;
- **starkes** und **flexibles Ich**, d. h. Präzision und Zuverlässigkeit wachbewusster Aktivitäten (Petzold, Orth, 1994), *primäre Ich-Funktionen* genannt: Wahrnehmen, erinnern, Denken, Fühlen, Wollen, Entscheiden, Handeln, weiterhin *sekundärer*

Ich-Funktionen: wie Integrieren, Differenzieren, Demarkation, Ambiguitäts- und Frustrationstoleranz, Rollendistanz, Kreativität, Planen, *tertiäre Ichfunktionen* wie Metareflexion, ästhetisches Erleben, Identitätskonstituierung. Das **Ich** ist dabei die integrierende Instanz. In anderer Terminologie kann das heißen: funktionale Kontrollüberzeugungen, Kompetenz- und Selbstwirksamkeitserwartungen, adaptive Coping-Strategien, z. B. lösungs und ressourcenorientierte Gestaltungsstrategien (Petzold, 1997c);

- **stabile und flexible Identität** in den Identitätsbereichen „Leiblichkeit, soziales Netz, materielle Sicherheiten, Arbeit und Leistung, Werte“, sowie ihrer inneren Repräsentationen aufgrund von Fremdattributionen/Identifizierungen, Selbstattributionen/Identifikationen, Bewertungen/Einschätzungen (valuation, appraisal) und Verinnerlichungen (idem 2001p, 1992a, S. 529ff; Petzold & Orth, 1994);
- Fähigkeit zur **Selbstregulation**, d. h. zum Wahrnehmen, Ausdrücken, Realisieren, Regulieren eigener Bedürfnisse; Intentionen, Motivationen, Volitionen und körperlicher Zustände (z. B. Stressverhalten) und Befindlichkeiten (Petzold, Orth, Sieper 2005);
- Fähigkeit zu angemessener **Relationalität**, d. h. Kontakt, Begegnung, Beziehung, Bindung, zu Kooperation (Petzold, 1993b, S. 1047-1088; Petzold, Müller 2005), Konsensbildung und Abgrenzung, zu Rollenperformanz, Empathie, Perspektivenübernahme, Konfliktfähigkeit etc.;
- gute **interne Ressourcenlage**, z. B. Gesundheit, emotionale Stabilität, kognitive Kompetenzen, Entscheidungsfähigkeit, Wissen und Kenntnisse (Petzold, 1997a);

Kontextbezogene Ziele:

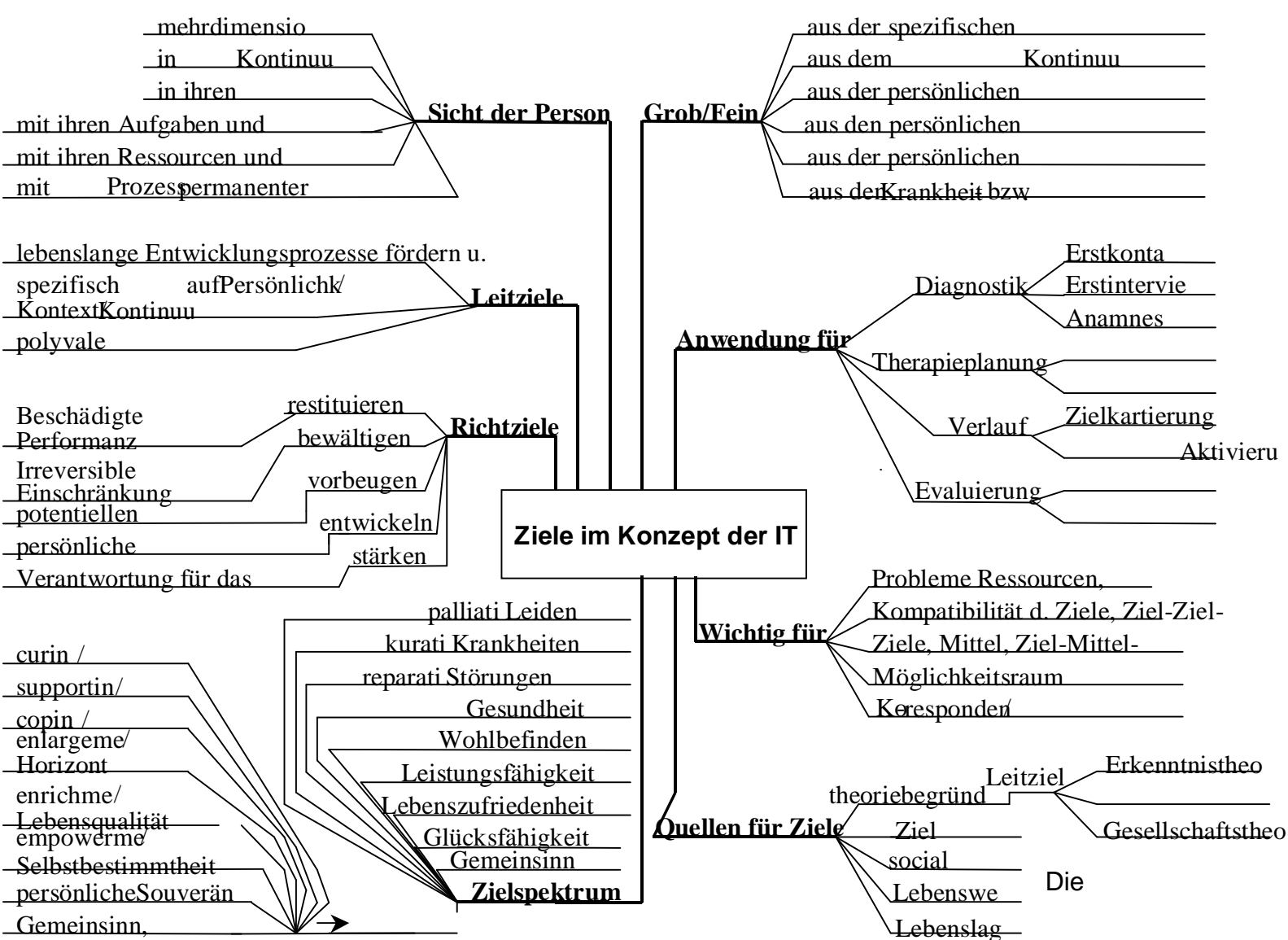
- stabile **soziale Netzwerke** mit guter *supportiver Valenz*, versichernden kollektiven Kognitionen (*social words*), verlässlicher Convoy-Qualität (Hass, Petzold 1999)
- gute **externe Ressourcenlage**, Arbeit/Arbeitsfähigkeit, befriedigende Freizeitgestaltung, Bildung/Weiterbildung, materielle Sicherheiten, soziale Integration und sozialer Rückhalt (Petzold, 1997b)
- Handhabung von **Umfeldeinflüssen**, z. B. Risikofaktoren entsprechend den eigenen Gestaltungs- und Coping-Fähigkeiten, der eigenen Vitalität/Vulnerabilität/Resilienz, Vermeidung chronischer Überlastungen, aber auch von okkasionellem Hyperstress oder von “daily hassles” (Müller, Petzold 2003, 2004)

Kontinuumbezogene Ziele:

- Bearbeitung problemrelevanter lebensgeschichtlicher Ereignisse und Ereignisketten (z. B. aus negativen Convoys), d. h. jener pathogenen und defizitären Einflussfaktoren, die - verbunden mit den lebensgeschichtlich ausgebildeten Strukturen - Auswirkungen auf die aktuelle Situation haben, also Teil des Symptombildes und der Störungsaufrechterhaltung sind (Petzold 2003a). Dazu dienen reparative, copingorientierte, substitutive, evolutive Behandlungsziele (Petzold, 1988a, S. 206; Petzold, Leuenberger, Steffan 1998).
- zugängliche, aktivierte Ressourcen und protektive Faktoren aus der eigenen Lebensgeschichte (Personen, Orte, Tätigkeiten, etc. idem 1997p, Petzold, Müller 2003, 2005);
- haltgebende Zukunftserwartungen und *proaktive* Zukunftsgestaltung wie Ziele, Pläne, Hoffnungen, Glaubensrückhalt und andere Werte (Petzold 1983e, 2005r) als protektive Faktoren, Erfahrung von Sinn im eigenen Leben und Handeln (Petzold, Orth 2005a)

Feinziele wie sie aus Lebenswelt, Lebenssituations- und Lebenslageanalyse gewonnen werden, haben eine hohe Spezifität und erfordern auch praxeologische Überlegungen zu Interventionen, d. h. zu Methoden, Medien, Techniken und Interventionen. Es geht damit auch um *methodenbestimmte Ziele*: Wir müssen wissen, was wir soziotherapeutisch, netzwerktherapeutisch, regressionstherapeutisch, mit kreativen Medien, der konflikt- und der übungszentrierten Modalität, den „Wegen der Heilung und Förderung“ etc. erreichen können und wollen. In der Zeitplanung geht es darum, die *sequentielle Valenz* zu bestimmen, Grob- und Feinziele erster Priorität zu finden, evt. sogar *ein* relevantes Hauptziel für den Therapiebeginn, um weitere Ziele in eine hinlänglich konsistente chronologische Ordnung zu bringen.

Abb. 6.: Die Zielkartierung in der Integrativen Therapie



Kartierung gibt einen Überblick über die komplexe Zielstruktur der Integrativen Therapie.

Es ist leicht ersichtlich, wie sich in der IT-Checkliste viele Zielparameter finden bzw. wie sie mit der Zielprozessplanung und -realisierung verbunden ist. Die Liste bietet auch die Möglichkeit, wenn eine größere Menge an Bögen unterschiedlicher PatientInnen von einem Therapeuten vorliegt, dass er in der Auswertung seine bevorzugten intuitiv/spontan eingesetzten Behandlungsstrategien (Heilfaktoren, Wege, Modalitäten etc.) bei *störungsspezifischem Vorgehen* erkennen und reflektieren kann (ggf. in der Supervision). Ziele bedürfen für ihre Umsetzung die Mobilisierung der Willenkräfte. Ohne Wille und Wollen können Ziele nicht erreicht werden. Umso verwunderlicher ist es, dass man dem Willensthema in der weiten Bereichen der Psychotherapie bislang wenig Beachtung geschenkt hat. In der Integrativen Therapie hat man sich indes diesem Thema besonders zugewandt (*Petzold 2001i, Petzold, Sieper 2003a, 2007a/2008*).

Die Literatur zu den Anhängen findet sich in **Petzold 2008d, Polyloge 22/2008**